

第 3 期潮来市保健事業実施計画

(データヘルス計画)

(第 4 期特定健康診査等実施計画)

令和 6 年度～令和 11 年度

茨城県潮来市

第3期潮来市保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方 ……1

1. 背景・目的
2. 計画の位置付けと基本的な考え方
3. 計画期間
4. 関係者が果たすべき役割と連携
 - 1) 市町村国保の役割
 - 2) 関係機関との連携
 - 3) 被保険者の役割
5. 保険者努力支援制度

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化 ……9

1. 保険者の特性
2. 第2期計画に係る評価及び考察
 - 1) 第2期計画に係る考察
 - 2) 個別事業の評価と課題
3. 第3期計画における健康課題の明確化
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 健康課題の明確化
 - 3) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け
 - 4) 目標の設定

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務) ……32

1. 第4期特定健康診査等実施計画について
2. 目標値の設定
3. 対象者の見込み
4. 特定健診の実施
5. 特定保健指導の実施
6. 個人情報保護
7. 結果の報告
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

第4章 課題解決するための個別保健事業 ……39

1. 保健事業の方向性
2. 重症化予防の取組
 - 1) 特定健診未受診者対策
 - 2) 高血圧重症化予防
 - 3) 脂質異常症重症化予防
 - 4) 糖尿病重症化予防
3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
 - 1) 基本的な考え方
 - 2) 事業の実施
4. 発症予防
5. ポピュレーションアプローチ

第5章 計画の評価・見直し49

1. 評価の時期
2. 評価方法・体制

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い50

1. 計画の公表・周知
2. 個人情報の取扱い

参考資料51

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略^{※1}」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル^{※2}に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)^{※3}」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組の推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表^{※4}2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、本市では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(H25.6 閣議決定)

※2 PDCA サイクル:P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返し行うこと

※3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

※4 新経済・財政再生計画 改革行程表:新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応と KPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)^{※5}」(以下「プログラム」という。)は、高確法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2・3・4・5)

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB^{※6})を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

※5 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。(図表2参照)

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

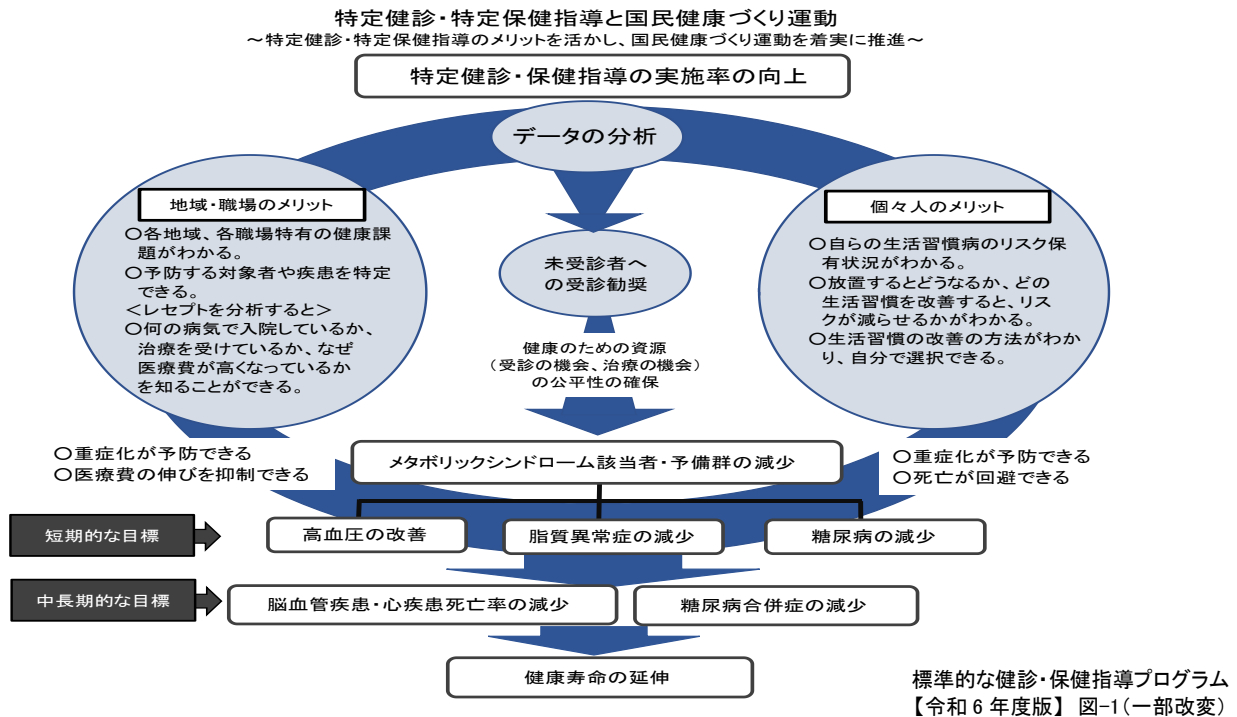
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 保健事業実施計画(データヘルス計画)とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

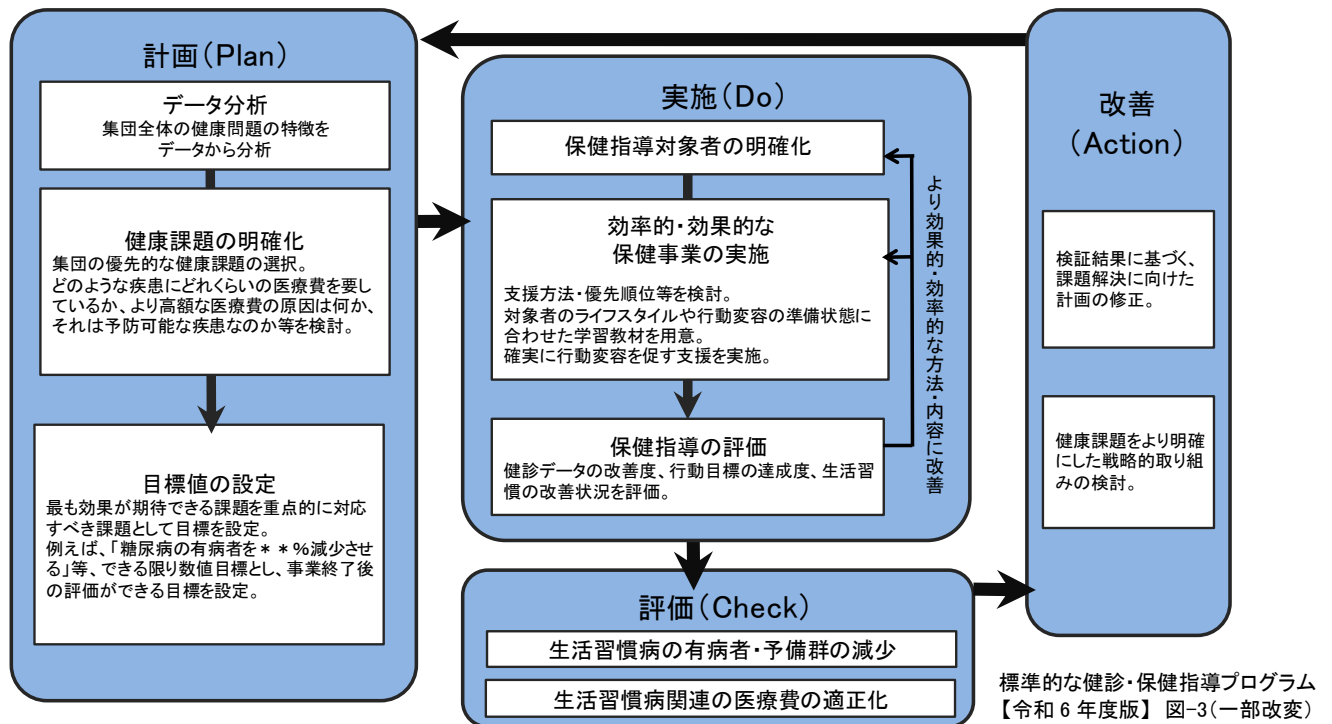
	※健康増進事業実施者とは、健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法			医療費適正化計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
	健康増進計画	データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画			
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第92条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画 策定者	都道府県:義務 市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者:義務	都道府県:義務	都道府県:義務	市町村:義務 都道府県:義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通じて、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るため の保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給付 等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、若壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の若年期・壮年期 世代の生活習慣等の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりにも配慮	40歳~74歳	すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初期の認知症、早老症、 骨質・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 他神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症) 循環器病 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病 糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止 生活習慣病 虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)			がん 精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養	
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」 51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり・心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心 参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進 (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効率的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定) 6事業 ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業) ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 介護予防、日常生活支援 関連) ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動



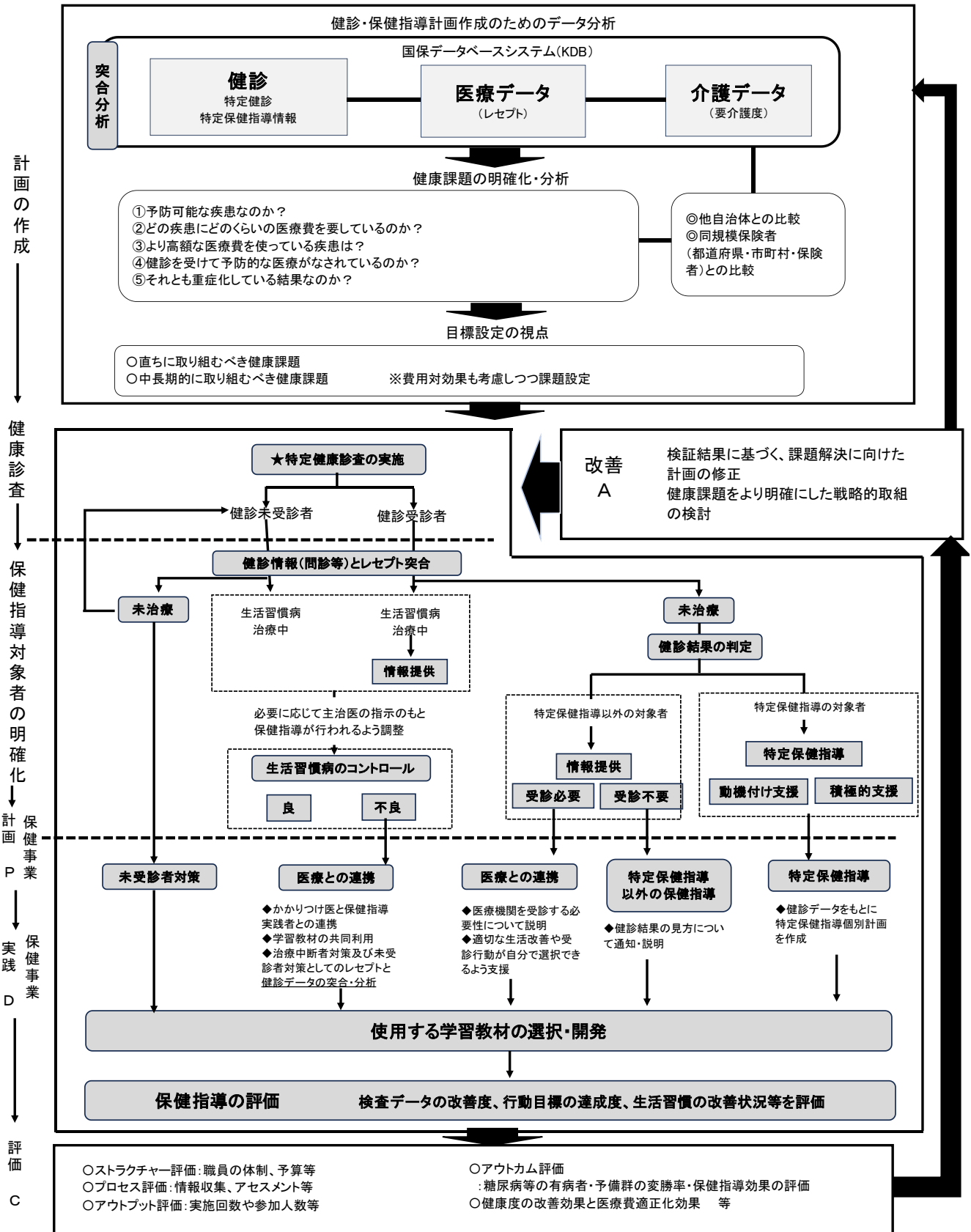
注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



注)生活習慣病の有病者や予備群の減少を目的に、優先すべき健康課題を明確化しながら PDCA(計画(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(Actin))サイクルを意識した保健事業を展開していくことが必要である。

図表 4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



注)生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたもの。

図表 5 標準的な健診・保健指導プログラム(H30 年度版)における基本的な考え方(一部改変)

	老人保健法		高齢者の医療を確保する法律
	最新の科学的知識と、課題抽出のための分析(生活習慣病に関するガイドライン)		
	行動変容を促す手法		
健診・保健指導の関係	かつての健診・保健指導 健診に付加した保健指導		現在の健診・保健指導 内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	事業中心の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保健指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択 対象者が代謝等の身体のメカニズムと生活習慣との関係を理解し、生活習慣の改善を自ら選択し、実施する。
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘され、健康教育等の保健事業に参加した者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「情報提供」「動機付け支援」「積極的支援」を行う。
方法	一時点の健診結果のみに基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の健康結果を講み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価 実施回数や参加人数		アウトカム(結果)評価 糖尿病等の有病者・予備群の25%減少
実施主体	市町村		医療保険者

注)内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための健診・保健指導の基本的な考えを整理。
(令和6年度版のプログラムからは削除されたが、基本的な考え方であるため参考までに掲示)

3. 計画期間

この計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間とします。

<参考> 計画期間の根拠について

データヘルス計画の期間については、国指針第5の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」とされています。また、国民健康保険事業の実施計画(データヘルス計画)策定の手引きにおいて、他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、特定健康診査等実施計画、医療費適正化計画や医療計画とが6年を一期としていることから、これらとの整合性を踏まえて設定しています。

4. 関係者が果たすべき役割と連携

1) 市町村国保の役割

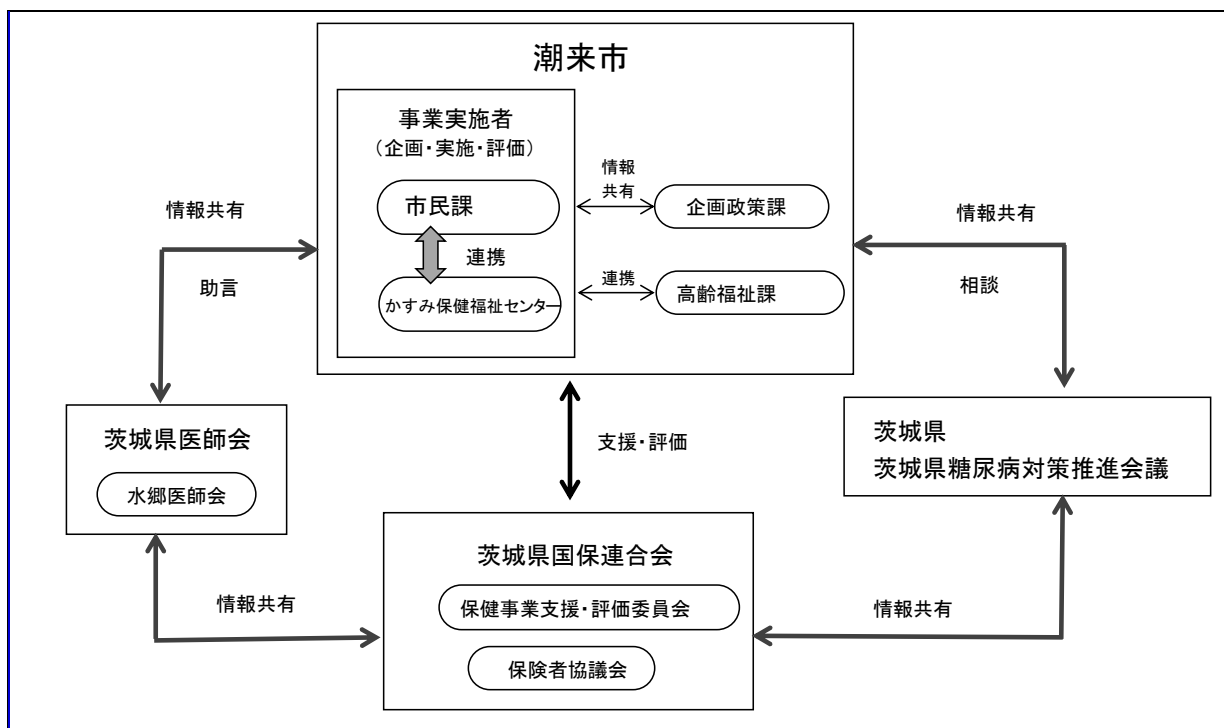
本計画は、被保険者の健康の保持増進を図り、保健事業の積極的な推進を図るために、国保部局が中心となって、保健衛生部局等住民の健康の保持増進に関係する部局に協力を求め、保険者の健康課題を分析し、市町村一体となって策定等を進めます。また計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次

期計画に反映させます。

具体的には、後期高齢者部局(市民課)、保健衛生部局(かすみ保健福祉センター)、介護保険部局(高齢福祉課)、企画部局(企画政策課)、生活保護部局(社会福祉課)とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。(図表 6)

図表 6 潮来市の実施体制図



2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、関係機関との連携が重要であるため、共同保険者である県や国保連合会に設置される保健事業実施支援・評価委員会、地域の医療機関、保険者協議会や他の医療保険者等と連携、協力します。

国保は退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有し、保険者間で連携して保健事業を展開できるように努めます。

3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的、積極的に取り組むことが重要です。そのため、国保運営協議会の委員として、被保険者から参画を得て、意見交換等を行います。

5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度より本格的に実施されています。(図表7)

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用をしていきます。

図表7 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点		
		潮来市	配点	潮来市	配点	潮来市	配点	
交付額(万円)		1376万円		1196.9万円		1136万円		
全国順位(1,741市町村中)		1159位		1475位		1450位		
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70		70		70	
		(2)特定保健指導実施率	55	70	20	70	0	70
		(3)メタリックシフト・ローム該当者・予備群の減少率		50		50		50
	②	(1)がん検診受診率等	45	40	48	40	42	40
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	95	100
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	85	90	25	45	45	45
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	40	50	40	50
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	5	130	5	130	0	130
固有の指標	①	保険料(税)収納率	10	100	50	100	50	100
	②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	25	25
	③	医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15
	④	地域包括ケア・一体的実施	15	30	7	40	40	40
	⑤	第三者求償の取組	27	40	36	50	43	50
	⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	67	95	53	100	63	100
合計点		504	1,000	454	960	458	940	

第2章 第2期計画に係る考察及び第3期計画における健康課題の明確化

1. 保険者の特性

本市は、人口約3万人で、高齢化率は令和2年度国勢調査で33.2%でした。県、国と比較すると高齢者の割合は高く、被保険者の平均年齢も54歳と高い状況です。出生率は同規模、県、国と比べて低い市で財政指数は同規模、国と同様となっています。産業においては、第2次産業が30.9%と同規模、県、国と比較しても高い特徴があるが、多くの保険者は同規模、県と比べて高い第3次産業と考えられます。被保険者はいくつかの異なる勤務体制である可能性が高いため、食習慣への影響が考えられ、より生活習慣病に対する意識が重要です。(図表8)

国保加入率は25.0%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で年齢構成については65～74歳の前期高齢者が46.2%を占めています。(図表9)

また本市内には夜間・救急の受け入れができる医療施設がなく、市外の2次医療施設で対応しており、病院数、診療所数はいずれも同規模と比較しても少なく、病床数も少ないことから、医療資源に乏しい一方で、入院患者数は県と比較して高い傾向にあります。(図表10)

図表8 同規模・県・国と比較した本市の特性

	人口(人)	高齢化率(%)	被保険者数(加入率)	被保険者平均年齢(歳)	出生率(人口千対)	死亡率(人口千対)	財政指数	第1次産業	第2次産業	第3次産業
潮来市	27,353	33.2	6,826(25.0)	54.4	5.4	12.4	0.5	3.9	30.9	65.2
同規模	--	36.2	22.5	56.2	5.5	15.1	0.5	10.7	27.3	62.0
県	--	29.9	22	53.7	6.2	11.7	0.7	5.9	29.8	64.4
国	--	28.7	20	53.5	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、潮来市と同規模保険者(280市町村)の平均値を表す

図表9 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	8,022		7,708		7,477		7,176		6,826	
65～74歳	3,365	41.9	3,352	43.5	3,409	45.6	3,318	46.2	3,152	46.2
40～64歳	2,689	33.5	2,529	32.8	2,402	32.1	2,304	32.1	2,182	32.0
39歳以下	1,968	24.5	1,827	23.7	1,666	22.3	1,554	21.7	1,492	21.9
加入率	27.7		26.6		25.8		24.8		25.0	

出典：KDBシステム_人口及び被保険者の状況
健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表10 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模	県
病院数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.4	0.3
診療所数	14	1.7	14	1.8	13	1.7	12	1.7	12	1.8	3.5	2.8
病床数	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	67.6	49.7
医師数	16	2.0	16	2.1	13	1.7	13	1.8	12	1.8	9.6	9.4
外来患者数	648.7		643.3		600.9		643.4		651.1		725.1	653.1
入院患者数	19.5		17.8		15.8		16.6		17.3		23.5	15.7

出典：KDBシステム_地域の全体像の把握

2. 第2期計画に係る評価及び考察

1) 第2期計画に係る評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1 つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までに達成を目指す目標を設定し、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

2 つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。(図表2参照)

(1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

① 介護給付費の状況

本市の令和4年度の要介護認定者は、2号(40～64歳)被保険者で40人(認定率0.44%)と同規模・県・国と比較すると高いが、1号(65歳以上)被保険者で1,360人(認定率15.0%)と同規模・県・国と比較すると低い。(図表11)平成30年度と比べると1号・2号被保険者ともに認定率は増加しています。(図表11) 総介護給付費は、令和4年度より減少していますが、1件あたり施設サービス給付費が増加しています。(図表12)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳卒中(脳梗塞・脳出血)が上位を占めており、2号被保険者で52.9%、1号被保険者では38.3%の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、2号被保険者で76.5%、1号被保険者では9割以上と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表13)

図表11 要介護認定者(率)の状況

	潮来市				同規模	県	国
	H30年度		R04年度		R04年度	R04年度	R04年度
高齢化率	8,253人	28.5%	9,078人	33.2%	36.2%	29.9%	28.7%
2号認定者	41人	0.41%	40人	0.44%	0.37%	0.39%	0.38%
新規認定者	10人		12人		--	--	--
1号認定者	1,177人	14.3%	1,360人	15.0%	19.1%	16.3%	19.4%
新規認定者	213人		226人		--	--	--
再掲	65～74歳	140人	3.2%	167人	3.6%	--	--
新規認定者	39人		31人		--	--	--
75歳以上	1,037人	26.9%	1,193人	27.2%	--	--	--
新規認定者	174人		195人		--	--	--

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 12 介護給付費の変化

	潮来市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	18億0556万円	17億6874万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	218,776	194,838	274,603	232,974	265,628
1件あたり給付費(円)全体	72,855	66,813	70,336	67,568	59,537
居宅サービス	41,040	37,976	43,814	41,975	41,165
施設サービス	279,032	283,445	291,438	288,186	295,813

出典:KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		40		167		1,193		1,360				
再)国保・後期		17		130		1,140		1,270				
有 病 状 況 (レ セ プ ト の 診 断 名 よ り 重 複 し て 計 上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合
	循環器 疾患	1	脳卒中	9 52.9%	脳卒中	55 42.3%	虚血性 心疾患	493 43.2%	虚血性 心疾患	527 41.5%	虚血性 心疾患	529 41.1%
		2	虚血性 心疾患	2 11.8%	虚血性 心疾患	34 26.2%	脳卒中	431 37.8%	脳卒中	486 38.3%	脳卒中	495 38.5%
		3	腎不全	2 11.8%	腎不全	13 10.0%	腎不全	159 13.9%	腎不全	172 13.5%	腎不全	174 13.5%
	合併症	4	糖尿病 合併症	0 0.0%	糖尿病 合併症	22 16.9%	糖尿病 合併症	102 8.9%	糖尿病 合併症	124 9.8%	糖尿病 合併症	124 9.6%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			12 70.6%	基礎疾患	116 89.2%	基礎疾患	1,076 94.4%	基礎疾患	1,192 93.9%	基礎疾患	1,204 93.6%
	血管疾患合計			13 76.5%	合計	120 92.3%	合計	1,092 95.8%	合計	1,212 95.4%	合計	1,225 95.2%
	認知症		認知症	0 0.0%	認知症	31 23.8%	認知症	494 43.3%	認知症	525 41.3%	認知症	525 40.8%
	筋・骨格疾患		筋骨格系	12 70.6%	筋骨格系	111 85.4%	筋骨格系	1,070 93.9%	筋骨格系	1,181 93.0%	筋骨格系	1,193 92.7%

② 医療費の状況

本市の医療費は、国保被保険者数が減少しているため平成 30 年度と比べると減少しているが、1 件あたり入院費用額が約 4 万円増えており、入院費用は全体のレセプトのわずか 2.6%にも関わらず、医療費全体の約 40%を占めています。また、一人あたり(年齢調整後)地域差指数でみると、後期高齢者医療での入院が平成 30 年度より大幅に伸びています。(図表 15)

一人あたりの医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、早期から国保被保険者へ予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 14 医療費の推移

		潮来市		同規模	県	国
		H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
被保険者数(人)		8,022人	6,826人	--	--	--
前期高齢者割合		3,365人 (41.9%)	3,152人 (46.2%)	--	--	--
総医療費		23億5216万円	19億9054万円	--	--	--
一人あたり医療費(円)		293,214	291,611	358,849	287,108	326,459
入院	1件あたり費用額(円)	544,170	582,850	583,910	595,360	617,340
	費用の割合	44.3	39.1	43.2	36.9	40.1
	件数の割合	2.9	2.6	3.1	2.3	2.6
外来	1件あたり費用額	20,530	24,110	24,780	24,500	24,460
	費用の割合	55.7	60.9	56.8	63.1	59.9
	件数の割合	97.1	97.4	96.9	97.7	97.4
受診率		668.188	668.372	748.595	668.766	724.699

出典：ヘルスサポートラボツール

※同規模順位は潮来市と同規模保険者280市町村の平均値を表す

図表 15 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度		国民健康保険			後期高齢者医療		
		潮来市 (県内市町村中)		県 (47県中)	潮来市 (県内市町村中)		県 (47県中)
		H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度
地域差指数・順位	全体	0.884	0.844	0.884	0.860	0.898	0.878
		(24位)	(40位)	(47位)	(30位)	(16位)	(40位)
	入院	0.943	0.806	0.827	0.843	0.916	0.821
		(6位)	(27位)	(46位)	(20位)	(9位)	(42位)
	外来	0.838	0.868	0.925	0.888	0.888	0.947
		(44位)	(41位)	(46位)	(39位)	(41位)	(32位)

出典：地域差分析(厚労省)

③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標である脳血管疾患・虚血性心疾患・腎疾患の医療費の合計が、総医療費に占める割合については、平成 30 年度と比較すると減少しています。脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)については、平成 30 年度より微増しており、同規模・県・国よりも高くなっており、虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞)については平成 30 年度より減少しているが、同規模・県・国と比較すると高くなっています。(図表 16)

次に患者の視点で中長期目標疾患の治療状況を平成 30 年度と比較してみると、脳血管疾患は、平成 30 年度より全年代で増加しており、虚血性心疾患では、40～64 歳で増加しています。(図表 17)

脳血管疾患は発症時の急性期のみならず、リハビリ等による慢性期総医療費、また退院後の介護費がかかるなど、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患

です。虚血性心疾患は、入院治療は短期間ですが高額医療となる疾患です。脳血管疾患、虚血性心疾患ともに原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣病の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

図表 16 中長期目標疾患の医療費の推移

			潮来市		同規模	県	国	
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
総医療費(円)			23億5216万円	19億9054万円	--	--	--	
中長期目標疾患 医療費合計(円)			1億9725万円	1億1810万円	--	--	--	
			8.386095083	5.93%	7.85%	6.50%	8.21%	
目 標 疾 患	中 長 期	脳	脳梗塞・脳出血	2.01%	2.06%	2.10%	2.01%	2.07%
		心	狭心症・心筋梗塞	2.44%	1.60%	1.39%	1.38%	1.46%
	腎	慢性腎不全(透析有)	3.60%	2.09%	4.06%	2.87%	4.39%	
		慢性腎不全(透析無)	0.34%	0.18%	0.30%	0.24%	0.29%	
そ の 他 の	悪性新生物		12.74%	20.87%	16.89%	17.49%	16.75%	
	筋・骨疾患		7.83%	7.96%	9.01%	9.09%	8.72%	
	精神疾患		9.84%	8.30%	8.73%	7.13%	7.88%	

出典: KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注) 最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

注) KDBシステムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 17 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾 患 別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
		H30年度	R04年度		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	8,022	6,826	a	755	749	725	624	23	24	
				a/A	9.4%	11.0%	9.0%	9.1%	0.3%	0.4%	
40歳以上	B	6,054	5,334	b	743	742	717	619	21	21	
	B/A	75.5%	78.1%	b/B	12.3%	13.9%	11.8%	11.6%	0.3%	0.4%	
再 掲	40~64歳	C	2,689	2,182	c	215	213	182	159	15	14
		C/A	33.5%	32.0%	c/C	8.0%	9.8%	6.8%	7.3%	0.6%	0.6%
	65~74歳	D	3,365	3,152	d	528	529	535	460	6	7
		D/A	41.9%	46.2%	d/D	15.7%	16.8%	15.9%	14.6%	0.2%	0.2%

出典: KDBシステム_ 疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)・地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

(2) 短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

① 短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧の治療状況を見ると、治療者は増加していますが合併症(重症化)である脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析の割合はほぼ変わりません。(図表 18.19.20)高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況からいずれも合併症(重症化)が40~64歳の比較的若い年代に増加している傾向があるため、若年層から高血圧・糖尿病・脂質異常症の発症・重症化予防が重要であると考えます。

脂質異常症の治療状況を見ると、治療者が増加し合併症(重症化)である脳血管疾患・虚血性心疾患の割合が増加しています。重症化してからの治療介入になっているのではないかと考えます。

糖尿病の治療状況を見ると、治療者が減っています。また合併症(重症化)である脳血管疾患・虚血性心疾患と糖尿病合併症である糖尿病性腎症・糖尿病性網膜症の割合が増加しています。適切な医療受診や治療介入が不十分であると考えます。

② 高血圧・高血糖者の結果の改善及び医療のかかり方

健診結果からⅡ度高血圧・HbA1c7.0%以上を平成30年度と令和4年度で比較してみたところ、有所見者の割合が伸びてきています。また未治療者について健診後、医療につながったかレセプトと突合したところ、未治療のまま放置されている方が高血圧で約7割、糖尿病で約2割おり、その割合は他市と比較しても非常に高い状況です。(図表 21)

本市は特定健診の結果から、治療が必要な値の方に対して、医療受診勧奨も含めた保健指導を個別に実施しています。適切な治療を受け改善に向けた生活習慣の見直しの支援など重症化予防の取り組みが十分でないことが考えられます。生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、健診の受診率向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

③ 健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、平成30年度と令和4年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は、伸びており、その中でも3項目すべての危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表 22)

また重症化予防の観点から、HbA1c6.5%以上、Ⅱ度高血圧以上、LDL-C160以上の方の翌年度の結果を見ると、全て改善率が低下しています。また翌年度健診を受診していない方がいずれも3割程度存在し、結果が把握できていません。(図表 23.24.25)今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、年度当初に重症化予防対象者から継続受診を勧める働きかけが重要と考えます。

④ 健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、令和元年度には40.8%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和2年度、3年度は激減しており、令和4年度の受診率は微増程度になっており、第3期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表26)

どの年代も受診率は低下し、特に40歳50歳代は低い状況が続いています。本市は集団健診を予約する必要なく実施していましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で令和02年度から完全予約制になり、健診を予約することに対してハードルが上がってしまったのではないかと考えます。また「何ともないから(自覚症状がない)」「医療機関に通院しているから」などと健診の意義や重要性について十分に伝えられていなかったことが考えられます。(図表27)

特定保健指導についても、新型コロナウイルス感染症の対策事業(かすみ保健福祉センターでの集団予防接種)で保健指導をするための時間の確保が困難な状況にあり、令和2年度は実施率が下がっています。生活習慣病は自覚症状がないため、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することが重要です。

図表18 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
			H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度
高血圧症治療者(人)	A	2,663	2,467	777	650	1,886	1,817	
	A/被保数	44.0%	46.3%	28.9%	29.8%	56.0%	57.6%	
(中長期合併目標疾患)	脳血管疾患	B	272	254	80	65	192	189
		B/A	10.2%	10.3%	10.3%	10.0%	10.2%	10.4%
	虚血性心疾患	C	538	494	129	119	409	375
		C/A	20.2%	20.0%	16.6%	18.3%	21.7%	20.6%
	人工透析	D	20	19	14	13	6	6
		D/A	0.8%	0.8%	1.8%	2.0%	0.3%	0.3%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覧(高血圧症)、地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 19 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	1,547	1,350	476	361	1,071	989
		A/被保数	25.6%	25.3%	17.7%	16.5%	31.8%	31.4%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	147	140	37	33	110	107
		B/A	9.5%	10.4%	7.8%	9.1%	10.3%	10.8%
	虚血性心疾患	C	284	251	71	60	213	191
		C/A	18.4%	18.6%	14.9%	16.6%	19.9%	19.3%
	人工透析	D	11	10	9	6	2	4
		D/A	0.7%	0.7%	1.9%	1.7%	0.2%	0.4%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	126	160	40	51	86	109
		E/A	8.1%	11.9%	8.4%	14.1%	8.0%	11.0%
	糖尿病性網膜症	F	230	206	68	53	162	153
		F/A	14.9%	15.3%	14.3%	14.7%	15.1%	15.5%
	糖尿病性神経障害	G	44	30	17	6	27	24
		G/A	2.8%	2.2%	3.6%	1.7%	2.5%	2.4%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覧(糖尿病)、地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 20 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覧)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	2,047	1,972	641	548	1,406	1,424
		A/被保数	33.8%	37.0%	23.8%	25.1%	41.8%	45.2%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	205	204	56	52	149	152
		B/A	10.0%	10.3%	8.7%	9.5%	10.6%	10.7%
	虚血性心疾患	C	457	427	112	109	345	318
		C/A	22.3%	21.7%	17.5%	19.9%	24.5%	22.3%
	人工透析	D	6	10	3	7	3	3
		D/A	0.3%	0.5%	0.5%	1.3%	0.2%	0.2%

出典:KDBシステム_ 疾病管理一覧(脂質異常症)、地域の全体像の把握
介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

図表 21 結果の改善と医療のかかり方

	健診受診率				高血圧__Ⅱ度以上高血圧											
					Ⅱ度以上高血圧の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診率	受診者 B	受診率									未治療		治療中断	
		C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E			
潮来市	2,235	36.9	1,621	30.2	84	3.8	61	72.6	79	4.9	53	67.1	56	70.9	3	3.8
448市町村 合計	1,362,582	39.0	1,216,343	36.9	73,619	5.4	42,432	57.6	74,105	6.1	43,019	58.1	26,617	35.9	3,693	5.0

	健診受診率				糖尿病__HbA1c7.0以上の推移											
					HbA1c7.0%以上の推移(結果の改善)								医療のかかり方			
	H30年度		R03年度		H30年度		問診結果 未治療 (内服なし)		R03年度		問診結果 未治療 (内服なし)		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	実施率	HbA1c 実施者 B	実施率									未治療		治療中断	
		I	I/実施 者A	J	J/I	K	K/実施 者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K			
潮来市	2,229	99.7	1,588	98.0	120	5.4	39	32.5	72	4.5	20	27.8	16	22.2	2	2.8
448市町村 合計	1,344,224	98.7	1,207,146	99.2	63,812	4.7	17,755	27.8	61,826	5.1	16,349	26.4	4,064	6.6	1,905	3.1

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 22 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		2項目		予備群
H30年度	2,235 (36.9%)	412 (18.4%)	138 (6.2%)	274 (12.3%)	246 (11.0%)		
R04年度	1,601 (30.0%)	309 (19.3%)	120 (7.5%)	189 (11.8%)	173 (10.8%)		

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 23 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	225 (10.1%)	62 (27.6%)	93 (41.3%)	27 (12.0%)	43 (19.1%)
R03→R04	138 (8.7%)	33 (23.9%)	44 (31.9%)	22 (15.9%)	39 (28.3%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 24 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	84 (3.8%)	41 (48.8%)	25 (29.8%)	1 (1.2%)	17 (20.2%)
R03→R04	79 (4.9%)	31 (39.2%)	20 (25.3%)	4 (5.1%)	24 (30.4%)

出典:ヘルスサポートラボツール

図表 25 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			
		改善率	変化なし	悪化	健診未受診者
H30→R01	242 (10.8%)	98 (40.5%)	63 (26.0%)	30 (12.4%)	51 (21.1%)
R03→R04	145 (9.0%)	55 (37.9%)	33 (22.8%)	11 (7.6%)	46 (31.7%)

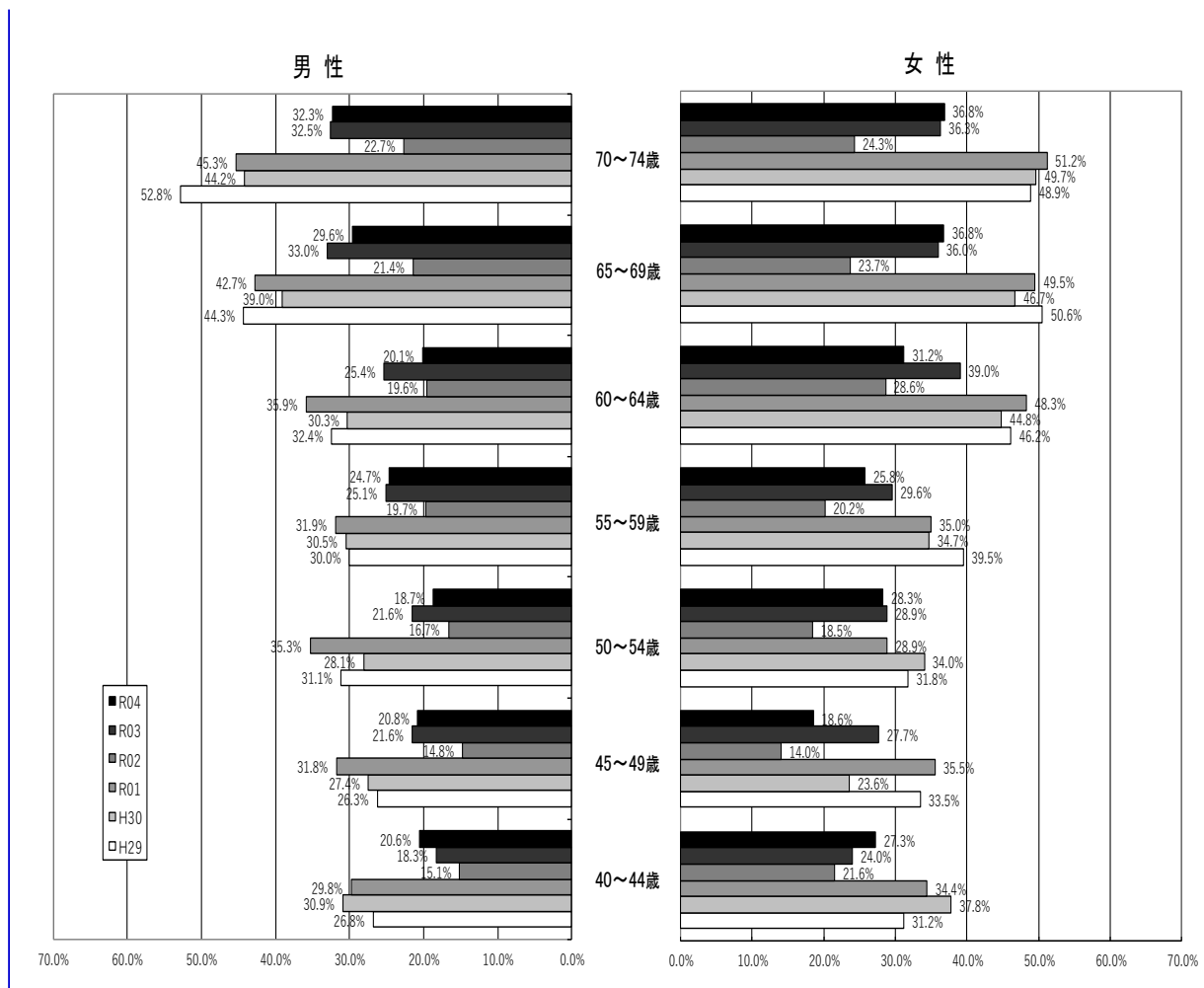
出典:ヘルスサポートラボツール

図表 26 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	2,217	2,233	1,237	1,551	1,547	健診受診率 60%
	受診率	39.6%	40.8%	23.1%	30.2%	32.1%	
特定保健指導	該当者数	311	321	186	206	206	特定保健指導実施率 60%
	割合	14.0%	14.4%	15.0%	13.3%	13.3%	
	実施者数	234	191	82	117	125	
	実施率	75.2%	59.5%	44.1%	56.8%	60.7%	

出典:特定健診法定報告データ

図表 27 年代別特定健診受診率の推移



2) 個別事業の評価と課題

(1) 重症化予防の取組

本市は糖尿病等生活習慣病重症化予防について実施してきました。そのため特に糖尿病患者への保健指導の実施率は上がっています。しかし他の実施率が低下しています。

新型コロナウイルス感染症の影響(※1)により、健診受診者が激減しました。また新型コロナウイルス感染症対策事業の業務量(※2)が増え保健指導を実施する保健師等の実施体制に大きく影響し実施率の低下になったと考えます。

※1 集団健診の完全予約制となる

※2 新型コロナウイルスワクチンの集団接種業務(市内に病院がなく医療機関でのワクチン接種ができず、保健センターを会場にして連日夜間休日に集団接種を実施していた。)現在も集団接種の日数は大分減ったが継続実施している。

① 身体の状態を把握するための事業

図表 28 特定健診二次健診実施状況

年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数	359	136	203	226
実施者数	96	35	50	53
実施率	26.7%	25.7%	24.6%	23.5%

図表 29 生活習慣病予防健診実施状況

年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数	1035	980	869	780
実施者数	193	36	104	108
実施率	18.6%	3.7%	12.0%	13.6%

② 糖尿病等生活習慣病の重症化予防するための保健事業

図表 30 糖尿病未治療者(HbA1c6.5%以上)への保健指導(受診勧奨)と医療機関受診状況

年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数	38	15	26	48
実施者数	36	11	18	32
実施率	94.7%	73.3%	69.2%	66.7%
医療受診者数	31	10	17	30
受診率	81.6%	66.7%	65.4%	62.5%

図表 31 糖尿病患者(HbA1c7.0%以上)への保健指導

年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数	66	88	45	64
実施者数	25	9	14	39
実施率	37.9%	10.2%	31.1%	60.9%

図表 32 糖尿病性腎症重症化予防対象者への保健指導

年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数	25	36	35	32
実施者数	10	13	11	15
実施率	40.0%	36.1%	31.4%	46.9%

図表 33 心房細動者への保健指導

年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数	19	6	9	12
実施者数	14	0	4	8
実施率	73.7%	0.0%	44.4%	66.7%
医療受診者数	19	6	9	12
治療継続率	100%	100%	100%	100%

図表 34 II 度高血圧以上の者への保健指導

年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者数	64	43	71	107
健診当日実施率	100%	100%	100%	100%
継続保健指導者数	33	22	41	53
実施率	51.6%	51.2%	57.7%	49.5%

(2)ポピュレーションアプローチ

標準的な健診・保健指導(令和6年度版)によると、「保健指導は、健診結果及び質問票に基づき、個人の生活習慣を改善するための支援が行われるものであるが、個人の生活は家庭、職場、地域で営まれており、生活習慣は生活環境、風習、職業等の社会的要因や経済的要因に規程されることも大きい。」とされています。

本市においては、生涯を通じた健康づくりの取組として、一人ひとりの市民が、自分の住む地域の実情を知り、納得した上で健診を受け、健診結果から生活習慣の改善に向けた実践ができるよう支援します。

取組内容としては、生活習慣病重症化により医療費や介護費、社会保障費の増大に繋がっている実態や食生活、生活リズムなどの生活背景との関連について、かすみ保健福祉センターが作成している健康カレンダーやホームページ、各種検診事業などで周知し、集団健診会場ではバランスの取れた1日の食品量の展示を行いました。新型コロナウイルス感染症の影響により、かすみ保健福祉センターが健診会場として使えない等の状況であったことから十分な周知ができていませんでした。

3) 第2期計画目標の達成状況

図表 35 第2期計画目標達成状況一覧

	課題を解決するための目標	初年度 H30	中間評価 R2	最終評価 R5	目標値	目標 達成 状況
	(活用データ年度)	(H28)	(R1)	(R4)	(R4)	
中 長 期	脳血管疾患による総医療費に占める割合	1.93%	1.33%	2.06%	減少	D
	虚血性心疾患による総医療費に占める割合	2.15%	2.19%	1.60%	減少	A
	糖尿病性腎症による人工透析者の総医療費に占める割合	1.40%	1.00%	1.13%	減少	B
	年間新規透析患者数の減少(国保加入者千人当たり)		4.00	4.00	減少	C
	年間新規透析患者数の減少(後期加入者千人当たり)		15.14	14.05	減少	A
短 期	特定健診受診率	41.8%	40.9%	34.8%	42.0%	D
	特定保健指導実施率	70.3%	59.5%	60.7%	70.0%	C
	メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合	28.5%	31.5%	30.5%	28.0%	D
	生活習慣病予防健診(19~39歳)の受診率	18.7%	18.6%	13.8%	向上	D
	健診受診者の心房細動者の必要な治療の継続	85.0%	88.9%	66.7%	95.0%	D
	健診受診者のCKD専門医レベルの対象者の割合	3.6%	3.6%	4.9%	減少	D
	健診受診者の高血圧者の割合 (160/100mmHg以上)	4.6%	4.1%	5.8%	減少	D
	健診受診者の脂質異常者の割合 (LDL180以上中性脂肪300以上)	6.9%	7.4%	6.4%	減少	A
	健診受診者の糖尿病者の割合 (HbA1c6.5%以上治療中は7%以上)	7.6%	6.7%	8.6%	減少	D
	HbA1c8%以上未治療者		0.3%	0.5%	減少	D
保 険 者 努 力 支 援 制 度	糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合	51.3%	66.7%	62.5%	60.0%	B
	糖尿病の未治療者への保健指導を実施した割合	82.0%	73.3%	66.7%	80.0%	D
	胃がん検診受診率	13.2%	10.5%	8.1%	向上	D
	肺がん検診受診率	15.4%	12.9%	8.6%	向上	D
	大腸がん検診受診率	16.1%	13.5%	10.6%	向上	D
	子宮頸がん検診受診率	24.7%	23.7%	20.7%	向上	D
	乳がん検診受診率	15.2%	26.4%	23.2%	向上	A
健康ポイントの取り組み	未実施	未実施	実施	実施	A	
後発医薬品の使用割合	63.8%	74.1%	75.9%	75.0%	A	

* 達成状況 A(目標を達成した指標)B(目標に達成していないがH28から改善した指標)C(H28から変化ないまたは改善していない指標)D(H28から悪化している)

4) 第2期計画に係る考察

第1期計画に引き続き、第2期計画においても、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・糖尿病性腎症（人工透析）の減少を目的に、短期目標である高血圧・糖尿病・脂質異常症などの疾患の重症化予防に取り組んできました。

中長期目標疾患の総医療費の割合は同規模や県・国と比較し低いものの、虚血性心疾患は同規模や県・国と比較すると高い状況です。地域差指数で医療のかかり方をみると県が低い状況の中、本市は外来が低く入院が高い状況が続いています。医療機関（医師）が非常に少ない地域という特徴もあり、早い段階での治療介入が出来ておらず、重症になってからの医療受診が多いということが考えられます。

短期目標疾患である高血圧や糖尿病及び脂質異常症では、重症化（合併症）した状況である虚血性心疾患が比較的若い40-64歳で増加している状況でみられるため、若年層からの予防介入が必要です。健診受診率は約3割と低く、自身の健康状態について自覚症状で判断している被保険者が多いことが考えられ、被保険者自ら身体の状態を確認する場として特定健診は重要であり受診率向上は取り組むべき重要な課題です。

健診結果ではメタボリックシンドロームや糖尿病の重症化予防対象者の増加があり大きな課題です。メタボリックシンドロームや糖尿病は薬物療法のみではコントロールが難しく、食事等の生活改善も重要です。健診結果から自分の体の状態がどのような状態なのか理解できるよう支援し、重症化を防ぐために生活習慣の改善と適正な医療受診につながるような保健指導が必要です。また適切な受診につながっても、継続した治療ができていないかなど重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題です。

医療機関（医師）が非常に少ない地域のため、「どこの病院に行ったらよいのか？」「病院は混んでいるから」などと医療の適正受診を迷う方も多いため、糖尿病や循環器専門医等がどこにいないかなど医療機関の情報を随時提供できるようにしておくことも重要であると考えます。また、健診や重症化予防には医療機関との連携が必須です。かかりつけ医や専門医と本市の健康実態や事例を通して具体的な対応について積極的に機会を作っていく必要があると考えます。

これまで住民と本市の健康実態（課題）を共有する機会が少なく、住民と同じ目線で課題解決に取り組む意識が低かったと考えます。今後はポピュレーションアプローチの展開として地域住民とともに健康課題を共有し課題解決に向けての学習の場を多く作っていく必要があると考えます。具体的には、子どもの頃からの生活習慣は健康な身体を作るうえでとても重要であるため生活習慣病予防を重視した母子保健事業の取り組みや小中学校での学校保健委員会等の場を通して本市の健康実態や健診の重要性について周知し、生活習慣病の発症予防について共に考え事業を展開することなどが考えられます。また商工会など国保加入者が多い団体等を把握し事業を展開し、高齢者事業など関係機関とも連携して取り組んでいくことが必要と考えます。

3. 第3期計画における健康課題の明確化

1) 基本的な考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。(図表 36)

医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者となると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

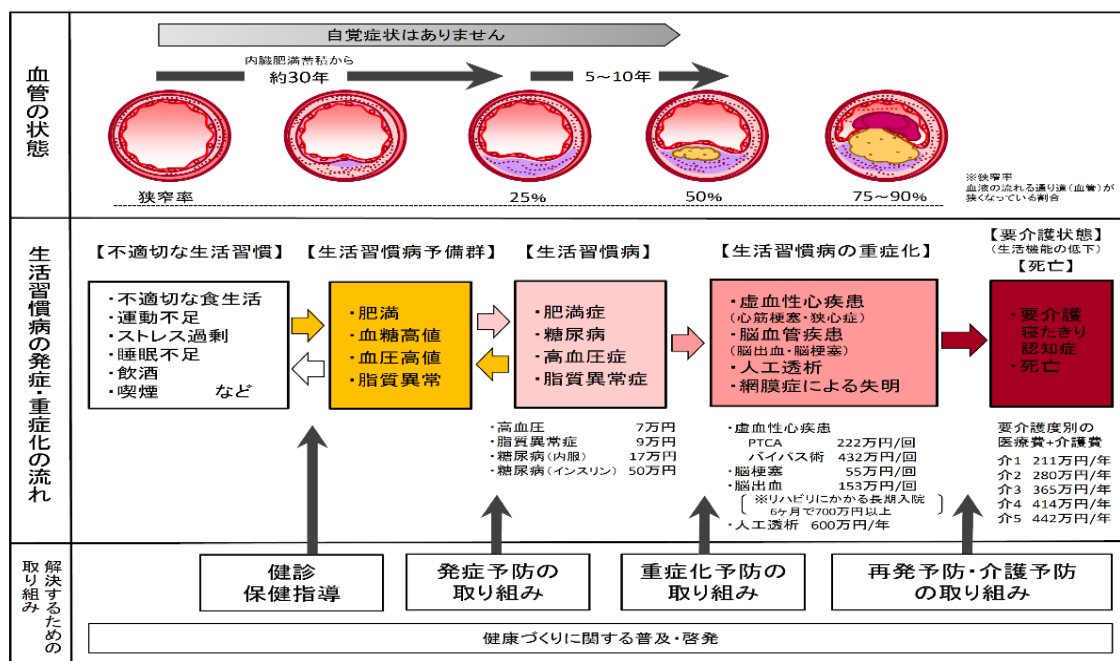
一方、国保では被保険者のうち、65歳以上の高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えており、また、若年期からの生活習慣病の結果が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合と健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

なお、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

図表 36 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ

生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



2)健康課題の明確化

国保の被保険者数は年々減少し、一人当たり医療費は平成 30 年度と比較すると横ばいですが、後期高齢者になると一人当たりの医療費が国保の 2.4 倍と高い状況です。(図表 37)

本市は、中長期・短期目標疾患における医療費の占める割合は、国保・後期ともに、同規模・県国と比較して低いが、国保・後期ともに、中長期目標疾患である狭心症・心筋梗塞の医療費に占める割合は、同規模・県・国と比較して高くなっています。(図表 38)

高額レセプトの件数や医療費総費用額に占める割合は高くなっており、後期高齢者になると、件数が 1.7 倍、医療費総費用額に占める割合は 30%となっています。

高額レセプトの疾病をみると、虚血性心疾患は、件数や中長期目標疾患における高額レセプト総費用額に占める割合は減少しているが、年代別の内訳をみると 50 歳代での発症者が増加しています。さらに、後期高齢者になると高額レセプト総費用額に占める割合は、約 2 倍となり、費用額は 3.2 倍となっています。虚血性心疾患は、医療費が高額となり、将来的にフレイルから要介護状態となり介護費にも影響を及ぼすことから、虚血性心疾患のリスクとなる高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 39・41)

健診・医療・介護データを平成 30 年度と令和 4 年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表 38 の①被保険者数は、40～64 歳は減少していますが、65～74 歳と 75 歳以上は増加しています。健診受診率は、減少していますので、未受診者の実態把握から、さらなる健診受診勧奨が必要となります。⑮の体格をみると、40～64 歳で、BMI25 以上の割合が増加しています。図表 45 健診有所見の状況をみると、40～64 歳の有所見割合が増加しており、国保被保険者へのさらなる受診勧奨及び保健指導の徹底が課題となります。

図表 45 の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況を見ると糖尿病＋高血圧を併せ持つ者の割合が、どの年代でも増加しています。

図表 46 の中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)者は、どの年代でも割合は増加しており、中長期目標疾患のうち介護認定者の割合は、特に 65～74 歳、75 歳以上の虚血性心疾患で増加しています。

図表 37 被保険者及びレセプトの推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度
被保険者数		8,022人	7,708人	7,477人	7,176人	6,826人	4,752人
総件数及び 総費用額	件数	65,751件	62,185件	56,091件	58,312件	51,605件	59,773件
	費用額	23億5216万円	22億2831万円	20億7830万円	22億4344万円	19億9054万円	33億5363万円
一人あたり医療費		29.3万円	28.9万円	27.8万円	31.3万円	29.2万円	70.6万円

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 38 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患		
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析 有)	慢性 腎不全 (透析 無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗 塞									
① 国保	潮来市	19億9054万円	25,781	2.09%	0.18%	2.06%	1.60%	6.20%	4.07%	2.30%	3億6833万円	18.5%	20.9%	8.30%	7.96%
	同規模	—	31,662	4.06%	0.30%	2.10%	1.39%	5.85%	3.40%	2.05%	—	19.2%	16.9%	8.73%	9.01%
	県	—	25,346	2.87%	0.24%	2.01%	1.38%	6.53%	3.64%	2.21%	—	18.9%	17.5%	7.13%	9.09%
	国	—	28,808	4.39%	0.29%	2.07%	1.46%	5.47%	3.07%	2.12%	—	18.9%	16.8%	7.88%	8.72%
② 後期	潮来市	33億5363万円	64,907	3.93%	0.62%	1.99%	2.39%	3.84%	3.46%	1.07%	5億8007万円	17.3%	12.6%	3.27%	9.2%
	同規模	—	70,162	4.20%	0.51%	4.10%	1.45%	4.05%	3.16%	1.25%	—	18.7%	10.5%	4.12%	12.6%
	県	—	63,280	6.99%	0.46%	3.43%	1.57%	4.34%	3.16%	1.37%	—	21.3%	11.1%	2.73%	11.9%
	国	—	70,612	4.60%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	—	19.2%	11.1%	3.56%	12.4%

出典：KDBシステム_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

最大医療資源傷病(※1)による分類結果

※1「最大医療資源傷病名」とは、レセプトに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

図表 39 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	246人	210人	187人	220人	239人	440人
	件数	B	410件	388件	336件	412件	417件	727件
		B/総件数	0.62%	0.62%	0.60%	0.71%	0.81%	1.22%
	費用額	C	5億8886万円	5億1515万円	4億8448万円	5億8510万円	5億7510万円	10億0519万円
C/総費用		25.0%	23.1%	23.3%	26.1%	28.9%	30.0%	

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 40 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度								
脳血管疾患	人数	D	14人	13人	8人	13人	13人	21人							
		D/A	5.7%	6.2%	4.3%	5.9%	5.4%	4.8%							
	件数	E	15件	14件	11件	20件	23件	27件							
		E/B	3.7%	3.6%	3.3%	4.9%	5.5%	3.7%							
	年代別	40歳未満	1	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	1	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	7	30.4%	70-74歳	0	0.0%		
		50代	2	13.3%	4	28.6%	1	9.1%	1	5.0%	4	17.4%	75-80歳	3	11.1%
		60代	8	53.3%	7	50.0%	2	18.2%	9	45.0%	6	26.1%	80代	19	70.4%
		70-74歳	3	20.0%	3	21.4%	8	72.7%	10	50.0%	6	26.1%	90歳以上	5	18.5%
	費用額	F	2088万円	1913万円	1437万円	2825万円	2637万円	3127万円							
F/C		3.5%	3.7%	3.0%	4.8%	4.6%	3.1%								

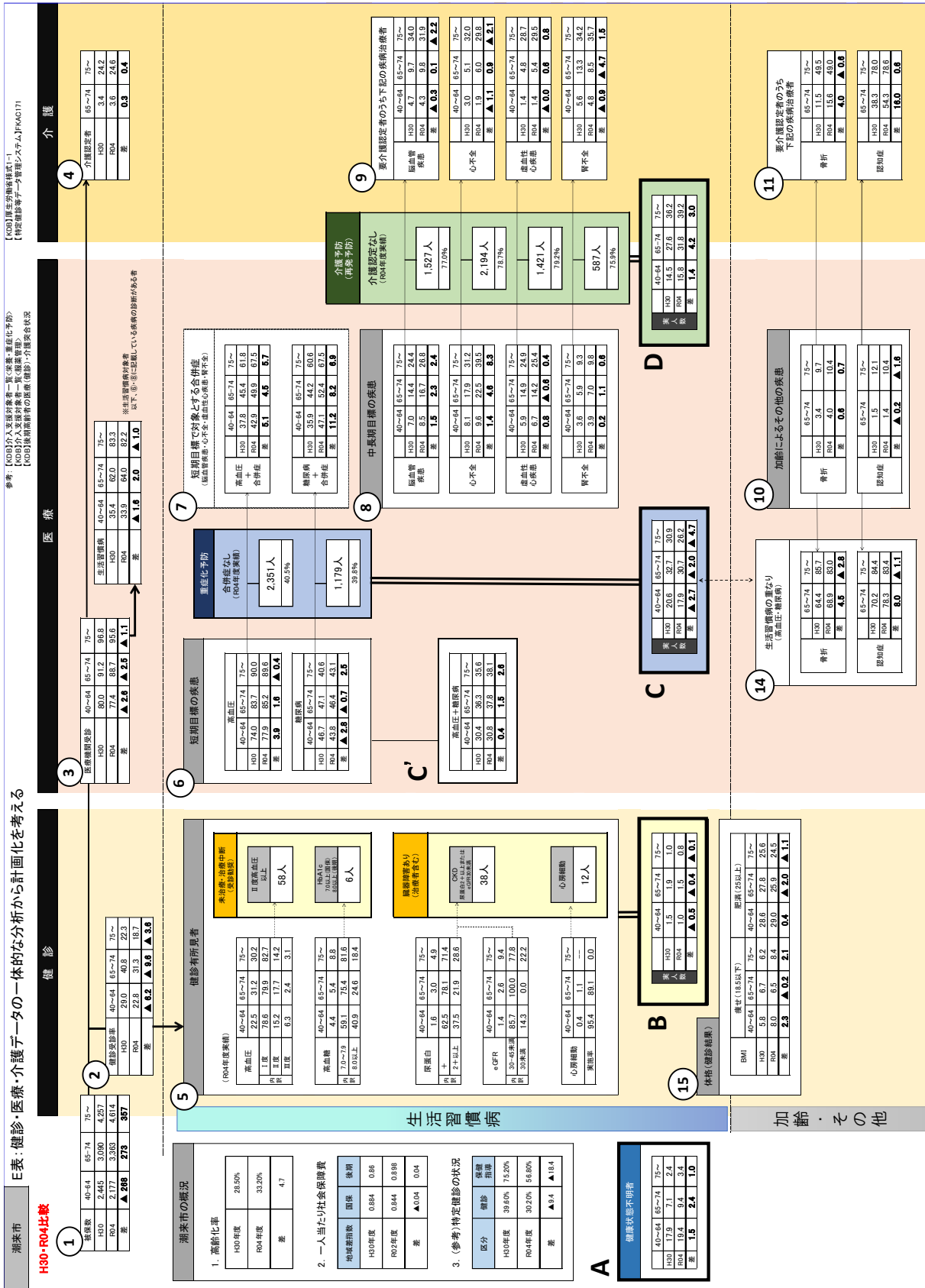
出典：ヘルスサポートラボツール

図表 41 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		後期：R04年度			
虚血性心疾患	人数	G	17人		15人		14人		10人		10人		19人		
		G/A	6.9%		7.1%		7.5%		4.5%		4.2%		4.3%		
	件数	H	19件		18件		16件		11件		11件		19件		
		H/B	4.6%		0.0%		4.8%		2.7%		2.6%		2.6%		
	年代別	40歳未満	0	0.0%	1	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%
		40代	2	10.5%	0	0.0%	3	18.8%	0	0.0%	0	0.0%	70-74歳	1	5.3%
		50代	1	5.3%	1	5.6%	1	6.3%	0	0.0%	4	36.4%	75-80歳	8	42.1%
		60代	7	36.8%	11	61.1%	7	43.8%	2	18.2%	3	27.3%	80代	9	47.4%
		70-74歳	9	47.4%	5	27.8%	5	31.3%	9	81.8%	4	36.4%	90歳以上	1	5.3%
	費用額	I	2721万円		3114万円		2616万円		1505万円		1454万円		4677万円		
I/C		4.6%		6.0%		5.4%		2.6%		2.5%		4.7%			

出典：ヘルスサポートラボツール

図表 42 健診・医療・介護の一体的分析



図表 43 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数				② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)					
						特定健診		長寿健診	BMI18.5未満			BMI25以上		
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	24.2	2,445	3,090	4,257	29.0	40.8	22.3	5.8	6.7	6.2	28.6	27.8	25.6	
R04	24.6	2,177	3,363	4,614	22.8	31.3	18.7	8.0	6.5	8.4	29.0	25.9	24.5	

図表 44 健診有所見状況

E表	⑤																													
	Ⅱ度高血圧以上 (未治療・治療中断者)						HbA1c7.0以上 (未治療・治療中断者) ※後期高齢者は8.0以上						CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満			心房細動														
	40-64		65-74		75-		40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-												
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%						
H30	33	4.6	(19)	48	3.8	(25)	37	3.9	(12)	26	3.7	(6)	76	6.0	(12)	19	2.0	(1)	11	1.5	14	1.1	29	3.1	5	0.7	12	1.0	0	--
R04	24	4.8	(15)	66	6.3	(32)	45	5.2	(11)	22	4.4	(3)	57	5.4	(3)	14	1.6	(0)	3	0.6	7	0.7	28	3.3	2	0.4	10	1.0	0	--

図表 45 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③ 医療機関受診						⑥ 生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)									⑦ 短期目標の疾患とする合併症								
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	80.0	91.2	96.8	35.4	62.0	83.3	74.0	83.7	90.0	46.7	47.1	40.6	30.4	36.3	35.6	37.8	45.4	61.8	35.9	44.2	60.6			
R04	77.4	88.7	95.6	33.9	64.0	82.2	77.9	85.2	89.6	43.8	46.4	43.1	30.8	37.8	38.1	42.9	49.9	67.5	47.1	52.4	67.5			

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 46 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧ 中長期目標の疾患(被保険者割合)												⑨ 中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	7.0	14.4	24.4	5.9	14.9	24.9	8.1	17.9	31.2	3.6	5.9	9.3	4.7	9.7	34.0	1.4	4.8	28.7	3.0	5.1	32.0	5.6	13.3	34.2
R04	8.5	16.7	26.8	6.7	14.2	25.4	9.6	22.5	39.5	3.9	7.0	9.8	4.3	9.8	31.9	1.4	5.4	29.5	1.9	6.0	29.8	4.8	8.5	35.7

図表 47 骨折・認知症の状況

E表 年度	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険割合)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知症		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	64.4	85.7	70.2	84.4	3.4	9.7	1.5	12.1	11.5	49.5	38.3	78.0
R04	68.9	83.0	78.3	83.4	4.0	10.4	1.4	10.4	15.6	49.0	54.3	78.6

出典：ヘルスサポートラボツール

3) 優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全）を抑制するには、高血圧や糖尿病等の重なりが重要な課題になります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続し、徹底していくことが、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

4) 目標の設定

(1) 成果目標

① データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

このため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、まずすべての都道府県で設定することが望ましい指標と地域の実情に応じて設定する指標(図表 48)設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

③ 中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を、最終年度には減少させることを目指します。

しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで最低限維持することを目標とします。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に係る医療費を抑えることを目指します。

④ 短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

特にメタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少することを目指します。そのためには、医療機関と十分な連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。また根本的な改善に至っていない疾患に糖尿病とメタボリックシンドロームが考えられるが、これらは薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため、医療機関と連携して、栄養指導等の保健指導を行います。具体的には、日本人食事摂取基準(2020年版)の基本的な考え方を基に、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果の改善を目指します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

(2) 管理目標の設定

図表 48 第3期データヘルス計画目標管理

達成すべき目標		課題を解決するための目標	初期値	中間評価 R8	最終評価 R11	データの把握方法
			R4	R7	R10	
中長期	医療費の伸びの抑制	脳血管疾患による総医療費に占める割合	2.06%	減少	減少	KDB
		虚血性心疾患による総医療費に占める割合	1.60%	減少	減少	
		慢性腎不全(透析有)による総医療費に占める割合	0.18%	減少	減少	
		糖尿病性腎症による人工透析者の割合	40.0%	減少	減少	
		糖尿病性腎症による新規透析者	2	減少	減少	
短期目標	重症化予防対象者の減少	アウトカム指標				KDB アナミツール 県提供指標値
		メタボリックシンドローム該当者・予備軍の割合減少	30.5%	30.0%	29.0%	
		健診受診者の高血圧者の割合減少 (160/100mmHg以上)	5.8%	5.0%	4.0%	
		健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160mg/dl以上)	8.9%	8.0%	7.0%	
		健診受診者の血糖異常者の割合減少 (HbA1c6.5%以上)	10.9%	10.0%	9.0%	
		■健診受診者のHbA1c8%以上の割合の減少	1.6%	1.2%	1.0%	
		■特定健診2年連続受診率	24.2%	30.0%	35.0%	
		◎特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	13.9%	15.0%	20.0%	
★生活習慣病予防健診(19~39歳)の受診率	13.8%	15.0%	20.0%			
実施率向上	アウトプット	◎特定健診受診率	32.1%	40.0%	55.0%	法定報告 県提供指標値
		◎特定保健指導実施率	60.7%	60.0%	60.0%	
		◎健診受診者のHbA1c8%以上の者のうち医療機関を受診していない者の割合	8.3%	7.0%	5.0%	

◎すべての市町村で設定するのが望ましい ■茨城県独自の指標 ★潮来市独自

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第4期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第1期及び第2期は5年を一期としていましたが、医療費適正化計画等が6年一期に改正されたことを踏まえ、第3期以降は実施計画も6年を1期として策定します。

2. 目標値の設定

図表 49 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診率	35%	40%	45%	50%	55%	60%
特定保健指導実施率	60%	60%	60%	60%	60%	60%

3. 対象者の見込み

図表 50 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
特定健診受診	対象者数	4,444人	4,283人	4,128人	3,978人	3,833人	3,694人
	受診者数	1,555人	1,716人	1,858人	1,989人	2,108人	2,216人
特定保健指導	対象者数	217人	240人	260人	278人	295人	310人
	実施者数	130人	144人	156人	167人	177人	186人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診(潮来市かすみ保健福祉センター、各地区公民館)
- ② 個別健診(委託医療機関)

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、および実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施期間については、茨城県医師会のホームページに掲載する。

(参照) URL : <https://www.ibaraki.med.or.jp>

(4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1c・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血・心電図・眼底検査)を実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定にかえられます。(実施基準第 1 条第 4 項)

図表 51 特定健診検査項目

健診項目		潮来市		国
		集団健診	医療機関	
身体測定	身長	○	○	○
	体重	○	○	○
	BMI	○	○	○
	腹囲	○	○	○
血圧	収縮期血圧	○	○	○
	拡張期血圧	○	○	○
肝機能検査	AST	○	○	○
	ALT	○	○	○
	γ-GT	○	○	○
脂質検査	空腹時中性脂肪	●	●	●
	随時中性脂肪	●	●	●
	HDLコレステロール	○	○	○
	LDLコレステロール	○	○	○
	(NON-HDLコレステロール)			
血糖検査	空腹時血糖	●	●	●
	随時血糖	●	●	●
	HbA1c	○	○	○
尿検査	尿糖	○	○	○
	蛋白尿	○	○	○
	尿潜血	○		
貧血検査	ヘマトクリット	○	□	□
	血色素	○	□	□
	赤血球	○	□	□
その他	心電図	○	□	□
	眼底検査	○	□	□
	血清クレアチニン(eGFR)	○	□	□
	尿酸	○		

○実施 ●どちらか実施 □医師の判定により実施

(5) 健診体制と健診項目の充実

特定健診受診対象者が、より受診しやすい健診体制整備及び費用対効果の高い生活習慣病予防のための保健指導対象者が抽出しやすい健診内容の充実を図る必要があります。

① 集団健診

予約制のみの集団健診だけではなく、予約なしでの健診体制の検討が必要です。若い世代からの健診受診のため、土日の健診も引き続き実施していきます。

② 個別健診

個別健診の充実のため、心電図検査・貧血・クレアチニン検査・眼底検査についても導入できるよう、医療機関と検討し体制を整えていきます。

③ 人間ドックの助成事業

人間ドック事業を継続して実施していきます。

(6) 実施時期

集団健診は7月と12月、個別健診は4月から翌年3月末まで実施します。

(7) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

(7) 代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払い代行は、茨城県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

(8) 健診の案内方法

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

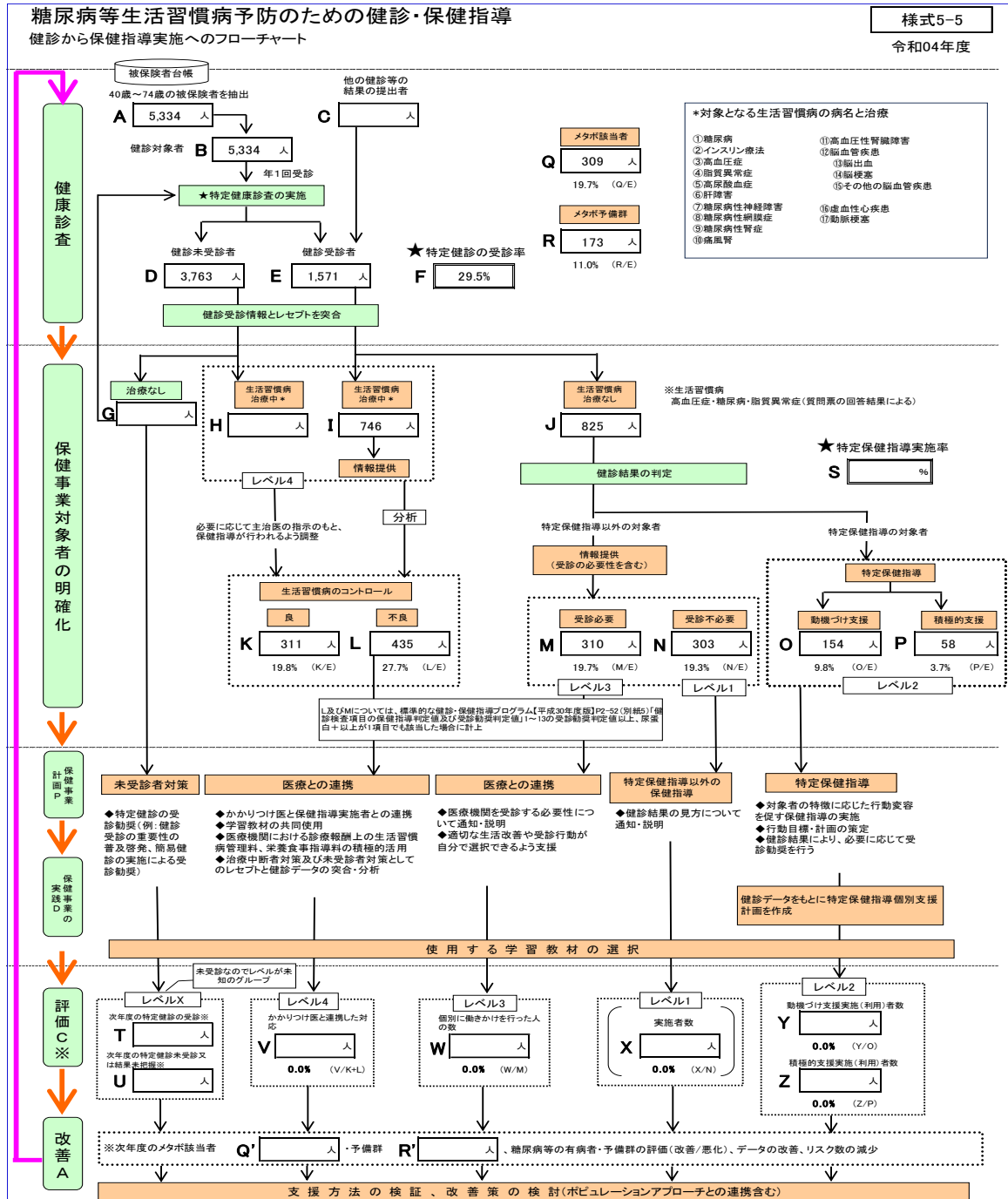
5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施、一般衛生部門への執行委任の形態で行います。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。

図表 52 健診から保健指導へのフローチャート(様式5-5)



出典：ヘルスサポートラボツール

(2)要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 53 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)
1	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について 通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で 選択できるよう支援	310人 (19.7%)
2	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促 す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診 勧奨を行う	212人 (13.5%)
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診 の重要性の普及啓発、簡易健診の実施 による受診勧奨)	3763人 ※受診率目標達 成までにあと1629 人
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	303人 (19.3%)
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との 連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活 習慣病管理料、栄養食事指導料の積極 的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策と してのレセプトと健診データの突合・分 析	746人 (47.5%)

(3)生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。

図表 54 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導と その他の保健指導	その他 (広報など)
4月	・健診対象者の抽出 ・受診券の送付(個別通知) ・医療機関健診の開始 ・人間ドック受付開始	二次健診受診者の個別保健指導	・各種健診の広報 ・各種がん検診対象者の抽出など
5月	夏集団健診予約開始 (委託業務)	特定システムより前年度末時点の特定保健指導対象者の抽出	医療機関へ健診等の協力依頼
6月	夏集団健診受診券の送付 (委託業務)	糖尿病重症化予防対象者のうち前年度健診未受診者への個別保健指導(健診受診勧奨)	夏集団健診予約漏れ者の健診予約受付
7月	夏の集団健診の実施 (委託業務)	健診当日の保健指導	各種検診の自己負担分の伝票処理
8月	夏の集団健診結果の郵送	・経年結果の通知作成 ・二次健診対象者の抽出と受診券発行 ・健診結果説明会(個別保健指導) ・集計ツールで対象者の抽出 ・特定保健指導のシステムへの入力	健診結果に各種がん検診等精密検査受診勧奨書類の同封
9月		夏の健診結果から家庭訪問等での保健指導開始	前年度実績報告終了
10月	冬集団健診の予約開始 (委託業務)	特定システムより7月末時点の特定保健指導対象者の抽出	広報紙等での周知
11月	冬集団健診受診券の送付 (委託業務)	二次健診受診者の個別保健指導	冬集団健診予約漏れ者の健診予約受付
12月	冬の集団健診の実施 (委託業務)	健診当日の保健指導	各種検診の自己負担分の伝票処理
1月	冬の集団健診結果の郵送	・経年結果の通知作成 ・二次健診対象者の抽出と受診券発行 ・健診結果説明会(個別保健指導) ・集計ツールで対象者の抽出	健診結果に各種がん検診等精密検査受診勧奨書類の同封
2月		冬の健診結果から家庭訪問等での保健指導開始	
3月	年度末、健診実施の終了	特定保健指導のシステムへの入力	
通年	・人間ドック受付事務処理 ・医療機関健診分の費用決済事務 ・集団健診分の費用決済事務	・特定保健指導等の実施 ・特定システムへ特定保健指導の実績入力(主に3月と8月に実施) ・その他の保健指導の実績入力	各種がん検診分の費用費用決済事務

6. 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律および潮来市個人情報保護法施行条例を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行います。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに国保連合会を通して国へ報告します。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、潮来市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

第4章 課題解決するための個別保健事業

1. 保健事業の方向性

本市は健診受診率が低く、自分の身体の状態を知らずに、突然自覚症状があり、医療機関受診し重症化しているケースが多いため、標準的な健診・保健指導プログラムにおける基本的な考え方に基づき、内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出し健診受診勧奨が自分の身体の状態を知るスタートとなり、生活習慣病重症化予防につながります。

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知していきます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

2. 重症化予防の取組

本市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、512人(32%)です。そのうち治療なしが175人(20.8%)を占め、さらに臓器障害があり直ちに取り組むべき対象者が75人です。

また、本市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、309人中67人おり、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。

図表 55 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少	虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少	糖尿病性腎症 による年齢調整新規導入患者数の減少	令和04年度 <参考> 健診受診者(受診率)				
科学的根拠に基づき ↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)	虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器科の診療と治療に関するガイドライン(2011年度共同研究報告))	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会) CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)	1,601人 30.0%				
	クモ膜下出血 (5.6%) 脳出血 (18.9%) 脳梗塞 (75.9%) 心原性脳塞栓症 (27.7%) ラクナ梗塞 (31.2%) アテローム血栓性梗塞・塞栓 (33.2%) 非心原性脳梗塞	心筋梗塞 労作性狭心症 安静狭心症		■各疾患の治療状況				
				治療中 治療なし				
				高血圧 560 1,041				
				脂質異常症 397 1,203				
				糖尿病 131 1,434				
				3疾患 いふたひ 761 840				
				※問診結果による				
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症	メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)	重症化予防対象者 (実人数)	
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)	メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)		
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0%以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者	
該当者数	93 5.8%	12 0.7%	49 3.1%	53 3.3%	309 19.3%	138 8.6%	78 4.9%	
治療なし	60 5.8%	3 0.4%	43 3.6%	39 3.2%	67 8.0%	78 5.4%	19 2.3%	
(再掲) 特定保健指導	22 23.7%	3 25.0%	16 32.7%	15 28.3%	67 21.7%	19 13.8%	12 15.4%	
治療中	33 5.9%	9 1.2%	6 1.5%	14 3.5%	242 31.8%	60 45.8%	59 7.8%	
臓器障害 あり	30 50.0%	3 100.0%	15 34.9%	15 38.5%	26 38.8%	24 30.8%	19 100.0%	75 42.9%
CKD(専門医対象者)	3	1	2	5	8	9	19	19
心電図所見あり	29	3	14	13	21	19	6	62
臓器障害 なし	30 50.0%	--	28 65.1%	24 61.5%	41 61.2%	54 69.2%	--	--

出典:ヘルサポートラボツール

(1) 特定健診未受診者対策

1. 健康課題の明確化

国保被保険者の職業等の生活実態及び健診未受診の理由を把握していないため、把握する必要がある。まずは、国保被保険者の職業（有職・無職）について実態把握をし、健診未受診の理由を把握し、有職者については、事業主健診実施状況の把握及び健診結果の情報提供依頼及び保健指導の実施、健診受診勧奨について、国保担当課及びかすみ保健福祉センターで実施する。

2. 対象者の明確化及び実施方法

- 1) 特定健診受診者で、高血圧管理台帳及び糖尿病管理台帳（Ⅱ度以上高血圧者、HbA1c6.5以上者）をもとに、健診未受診者への受診勧奨の実施。
- 2) E表の健康状態不明者への健診受診勧奨の実施。
- 3) 毎年度、初めて40歳になった者で特定健診未受診者へ健診受診勧奨個別通知の実施。
- 4) 国保被保険者の実態から必要と思われる対象者への健診受診勧奨の実施。
- 5) 商工会、市内認定こども園、母子保健事業、各種がん検診時等での健診受診勧奨のためのポピュレーションアプローチ

(2) 高血圧重症化予防

1. 基本的な考え方

高血圧は、脳血管疾患の最も重要な危険因子です。取組にあたっては高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。

2. 対象者の明確化

1) 重症化予防対象者の抽出

健診結果においてⅡ度高血圧(160/100mmHg)以上の未治療者

2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しているため、高血圧と他リスク因子で層別化し対象者の優先順位を明確にします。(図表 56)

3. 保健指導の実施

受診勧奨及び保健指導

健診当日に該当になる対象者へ保健師等による個別保健指導を実施します。その際、家庭血圧を測り記録をするよう血圧手帳を配布します。健診結果を把握した後、地区担当の保健師等が家庭訪問等による継続した保健指導を行います。保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。その際、保健指導教材※1を活用し対象者が身体の中で起きていることがイメージできるように支援します。適切に医療機関※2へ受診できるよう受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。

※1 保健指導教材資料:どこでもケア(からだノート・食ノート)、自主的研究会資料(高血圧編)

※2 循環器専門医がどこの医療機関にいるのか把握

4. 医療との連携

本市の健診・医療からみた高血圧等の健康実態について情報を共有し、事例を通して重症化予防のための具体的な対応について検討し連携して取組めます。

5. 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の中で、地域包括支援センターと連携して取組めます。

6. 評価

対象者への保健指導実施率と医療受診率で評価します。また次年度健診結果から血圧評価表等を使って評価します。

7. 実施期間及びスケジュール

7月(12月) 集団健診の当日、対象者へ保健指導を実施

8月(1月) 対象者の抽出し対象者管理台帳を作成

通年、地区担当の保健師または管理栄養士による継続した保健指導を実施し、実施状況について管理台帳へ入力する

【翌年度6月に保健指導実施率と医療機関受診率を評価】

【翌々年度6月に血圧評価表で確認】

図表 56 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

保健指導対象者の明確化と優先順位の決定		(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会				令和04年度								
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化		p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子												
		p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化												
		p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画												
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)														
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧									
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上									
	518	269 51.9%	189 36.5%	50 9.7%	10 1.9%									
リスク第1層 予後影響因子がない	28 5.4%	C 12 4.5%	B 14 7.4%	B 1 2.0%	A 1 10.0%									
リスク第2層 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	327 63.1%	C 177 65.8%	B 118 62.4%	A 28 56.0%	A 4 40.0%									
リスク第3層 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が2つ以上ある	163 31.5%	B 80 29.7%	A 57 30.2%	A 21 42.0%	A 5 50.0%									
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>該当者数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>116 22.4%</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>213 41.1%</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>189 36.5%</td> </tr> </tbody> </table>	区分	該当者数	A	116 22.4%	B	213 41.1%	C	189 36.5%
区分	該当者数													
A	116 22.4%													
B	213 41.1%													
C	189 36.5%													

…高リスク
 …中等リスク
 …低リスク

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、またはHDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150、non-HDL≥170のいずれかに該当した者で判断。
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200のいずれかに該当した者で判断。
 ※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

(3)脂質異常症重症化予防

1. 基本的な考え方

脂質異常症は、動脈硬化性疾患のリスクの高まりに起因する心血管疾患の最も重要な危険因子です。取組にあたっては動脈硬化性疾患予防ガイドライン等に基づいて進めます。

2. 対象者の明確化

1)重症化予防対象者の抽出

健診結果において LDL コレステロール 180 mg/dl以上または中性脂肪 400 mg/dl以上の未治療者

2)保健指導対象者の明確化と優先順位

脂質異常以外の危険因子との組み合わせにより動脈硬化性疾患のリスクが高まり、臓器障害の程度と深く関与しているため、脂質異常と他リスク因子で層別化し対象者の優先順位を明確にします。(図表 57)

3. 保健指導の実施

健診実施後、健診結果を把握し、地区担当の保健師・管理栄養士等が家庭訪問等による継続した保健指導、栄養指導を行います。その際、保健指導教材を活用し対象者が身体の中で起きていることがイメージできるように支援します。適切に医療機関へ受診できるよう受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。

4. 医療との連携

本市の健診・医療からみた脂質異常等の健康実態について情報を共有し、事例を通して重症化予防のための具体的な対応について検討し連携して取組みます。

5. 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の中で、地域包括支援センターと連携して取組みます。

6. 評価

対象者への保健指導実施率と医療機関受診率で評価します。また次年度健診結果から脂質異常評価表等を使って評価します。

7. 実施機関及びスケジュール

7月（12月） 集団健診の当日、対象者へ保健指導を実施

8月（1月） 対象者を抽出し対象者管理台帳を作成

通年、地区担当の保健師または管理栄養士による継続した保健指導を実施し、実施状況について管理台帳へ入力する

【翌年度6月保健指導実施率と医療機関実施率を評価】

図表 57 動脈硬化性心血管疾患の予防から見た LDL コレステロール管理目標

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定				令和04年度															
冠動脈疾患予防からみた LDLコレステロール管理目標 特定健診受診結果より(脂質異常治療者(問診結果より服薬あり)を除く)				(参考)動脈硬化性疾患予防のための脂質異常症診療ガイド 日本動脈硬化学会 p36 図8-1 冠動脈疾患予防からみたLDL-C管理目標設定フローチャート p37 図8-3a 吹田スコアによる各危険因子の得点 p37 図8-3b 吹田スコアによる冠動脈疾患発症予測モデルを用いたリスク評価 p37 表8-1 リスク管理区分別の脂質管理目標値															
管理区分及びLDL管理目標 ()内はNon-HDL			健診結果(LDL-C)																
			120-139	140-159	160-179	180以上													
			655	304	220	90	41												
				46.4%	33.6%	13.7%	6.3%												
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	145	77	52	11	5												
			22.1%	25.3%	23.6%	12.2%	12.2%												
	中リスク	140未満 (170未満)	254	113	83	46	12												
			38.8%	37.2%	37.7%	51.1%	29.3%												
	高リスク	120未満 (150未満)	255	113	85	33	24												
			38.9%	37.2%	38.6%	36.7%	58.5%												
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈の既往	100未満 (130未満)	1	1	0	0	0												
			0.2%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%												
※一次予防においては、LDL低下率20～30%、二次予防においてはLDL低下率50%以上も目標となる。 ※低リスクにおいてもLDL180mg/dl以上の場合は、薬物療法を考慮するとともに、家族性高コレステロール血症の可能性を念頭におく。																			
【参考】 冠動脈疾患予防からみたLDL-C管理目標設定フローチャート																			
1. 吹田スコアによる冠動脈疾患発症予測モデルを用いたリスク評価 以下の該当項目の点数を合計																			
冠動脈の既往があるか	なし	一次予防 ※1		なし	あり	高リスク													
		以下の1～4があるか																	
		1. 糖尿病																	
		2. 慢性腎臓病 (CKD)																	
	3. 非心原性脳梗塞																		
	4. 末梢動脈疾患 (PAD)																		
	あり		二次予防 ※2																
	① 年齢 ② 性別 ③ 喫煙 ④ 血圧 ⑤ HDL-C ⑥ LDL-C ⑦ 耐糖能異常 ⑧ 家族歴 ※3																		
2. リスク管理区分別の脂質管理目標																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>①-⑧の合計</th> <th>管理区分及び発症リスク</th> <th>LDL-C目標値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>40点以下</td> <td>低リスク</td> <td>2%未満 160未満</td> </tr> <tr> <td>41-55点</td> <td>中リスク</td> <td>2-9% 140未満</td> </tr> <tr> <td>56点以上</td> <td>高リスク</td> <td>9%以上 120未満</td> </tr> </tbody> </table>								①-⑧の合計	管理区分及び発症リスク	LDL-C目標値	40点以下	低リスク	2%未満 160未満	41-55点	中リスク	2-9% 140未満	56点以上	高リスク	9%以上 120未満
①-⑧の合計	管理区分及び発症リスク	LDL-C目標値																	
40点以下	低リスク	2%未満 160未満																	
41-55点	中リスク	2-9% 140未満																	
56点以上	高リスク	9%以上 120未満																	
※1 一次予防のうち、健診結果から判断できる1(糖尿病)・2(CKD)のみで判定。 ■糖尿病…問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖 ≥ 126 、HbA1c ≥ 6.5 、随時血糖 ≥ 200 のいずれかに該当した者 ■CKD…eGFR60未満または尿蛋白(±)以上 ※2 問診結果で心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。 ※3 家族歴は健診結果から判断できないため、上記集計の判定には含めない。																			

(4)糖尿病重症化予防

1. 基本的考え方

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなど全身の疾患です。取り組みにあたっては糖尿病治療ガイド 2019-2020 に基づいて進めます。

2. 対象者の明確化

1) 重症化予防対象者の抽出

- ・健診結果において HbA1c6.5 以上の未治療者または HbA1c7.0 以上の治療者
- ・糖尿病管理台帳において把握した健診未受診者

2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

糖尿病以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しているため、糖尿病と他リスク因子で層別化し対象者の優先順位を明確にします。(参考資料4)

3. 保健指導の実施

受診勧奨及び保健指導

健診当日に該当になる対象者へ管理栄養士等による個別保健指導を実施します。健診結果を把握した後、地区担当の管理栄養士等が家庭訪問等による継続した栄養指導を行います。栄養指導の実施にあたっては対象者に応じた栄養指導を行います。その際、保健指導教材※1 を活用し対象者が身体の中で起きていることがイメージできるように支援します。

適切に医療機関※2 へ受診できるよう受診勧奨を行います。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。

※1 保健指導教材資料:どこでもケア(からだノート・食ノート)、自主的研究会資料(糖尿病編)

※2 糖尿病専門医がどこの医療機関にいるのか把握

4. 医療との連携

糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医と連携をして取り組みます。また CKD の原因疾患で重要な疾患は、透析導入が多い糖尿病性腎症、慢性糸球体腎炎、腎硬化症です。そのため健診結果において腎専門医レベルの人には、CKD 連携パスを活用し、腎専門医へ紹介して治療連携を行います。

5. 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の中で、地域包括支援センターと連携して取り組みま

す。

6. 評価

対象者への保健指導実施率と医療受診率で評価します。また次年度健診結果から HbA1c 評価表等を使って評価します。

7. 実施期間及びスケジュール

7月(12月) 集団健診の当日、対象者へ保健指導を実施

8月(1月) 対象者の抽出し対象者管理台帳を作成

通年、地区担当の管理栄養士または保健師による継続した保健指導を実施し、実施状況について管理台帳へ入力する

【翌年度6月に保健指導実施率と医療機関受診率を評価】

【翌々年度6月に HbA1c 評価表で確認】

3. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

2) 事業の実施

本市は、令和4年度より茨城県後期高齢者広域連合から、本市が事業を受託し「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」を実施しています。令和6年度以降も引き続き事業を行っていきます。具体的には、

① 企画・調整等を担当する医療専門職(保健師)を配置

KDBシステム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

② 地域を担当する保健師を配置し、高血圧や高血糖で未治療者等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。75歳を過ぎても支援が途切れないよう糖尿病管理台帳や高血圧管理台帳をもとに、糖尿病や高血圧などの重症化予防を行います。また、生活習慣病からのフレイル、認知症予防のための軽度認知障害予防教室など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

4. 発症予防

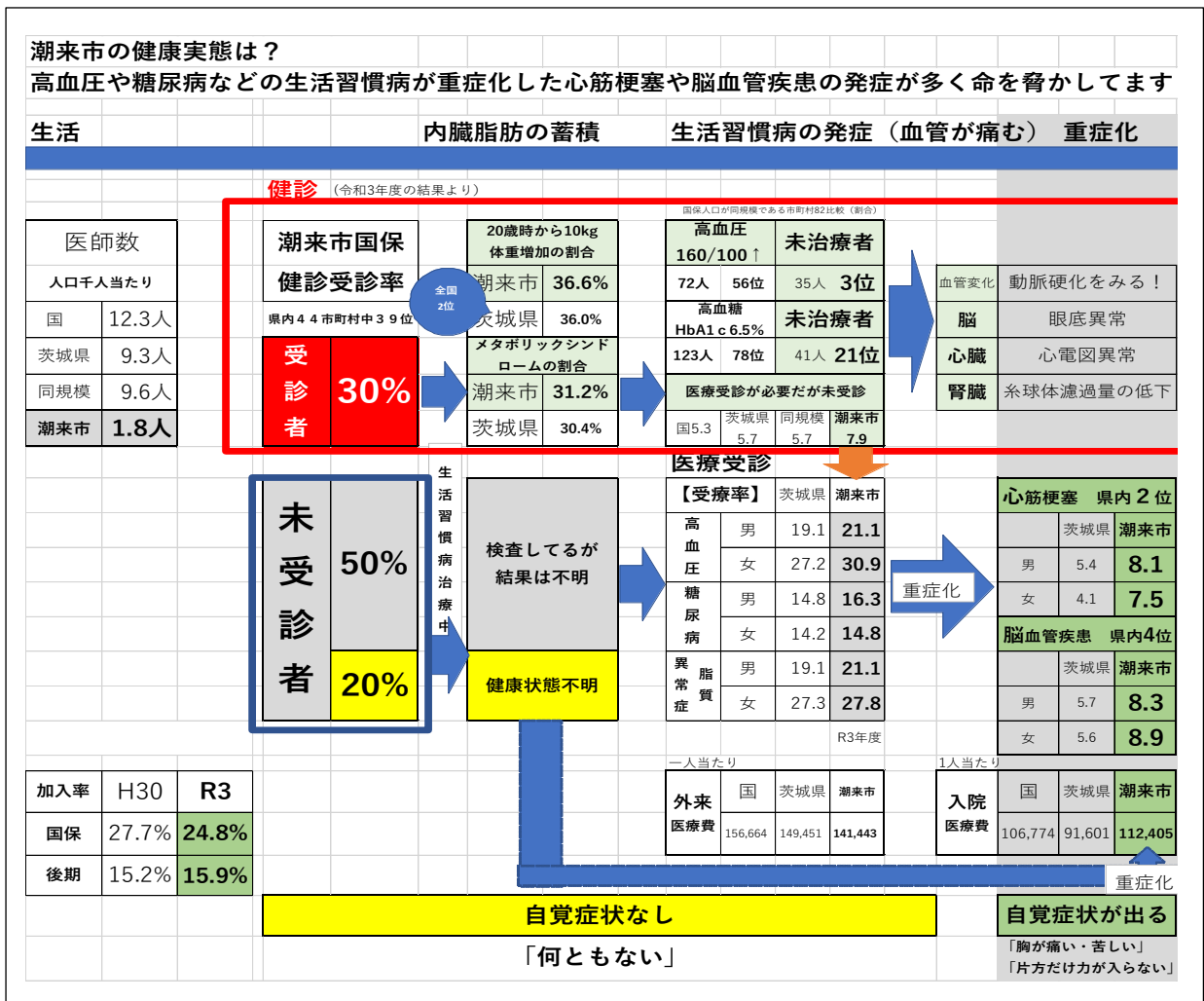
生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、その予防は現在における健康上の大きな課題であります。生活習慣病の背景には、生活リズム・食習慣が深く関わり、妊娠期や小児期から生活習慣を確立するにあたって、母子保健でも生活習慣病予防の視点をもった関わりが必要です。

特に肥満については、本市は、幼児健診、学校健診で、県と比べて肥満傾向の割合が多い状況にあります。小児の肥満は子どもたちの健康と深く関わるのみならず、将来の生活習慣病やそれに伴う動脈硬化疾患にも繋がります。保護者とともに肥満について考えていくとともに、3歳児健診を終えてからも、認定こども園や学校と連携しながら、ライフサイクルで生活習慣病の発症予防に取り組めます。

5. ポピュレーションアプローチ

生活習慣病の発症予防に向け、ポピュレーションアプローチに取り組めます。生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していきます。(図表 58)

図表 58 潮来市の健康実態について



第5章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。
また、計画の最終年度の令和11年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収集されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行います。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。

第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じます。

参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた潮来市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 様式 5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

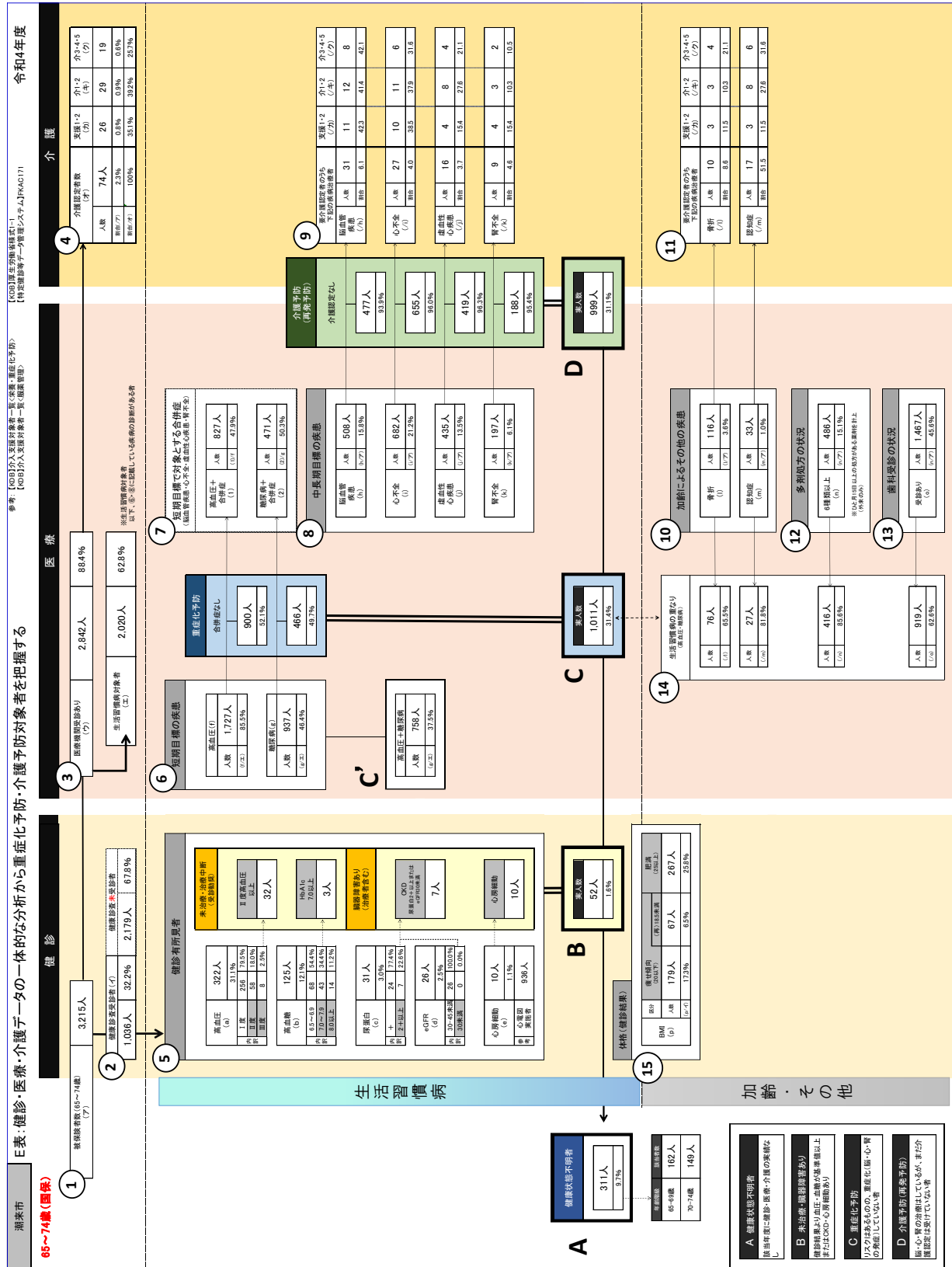
参考資料9 LDL-C の年次比較

参考資料1 様式5-1 国・県・同規模と比べてみた潮来市の位置

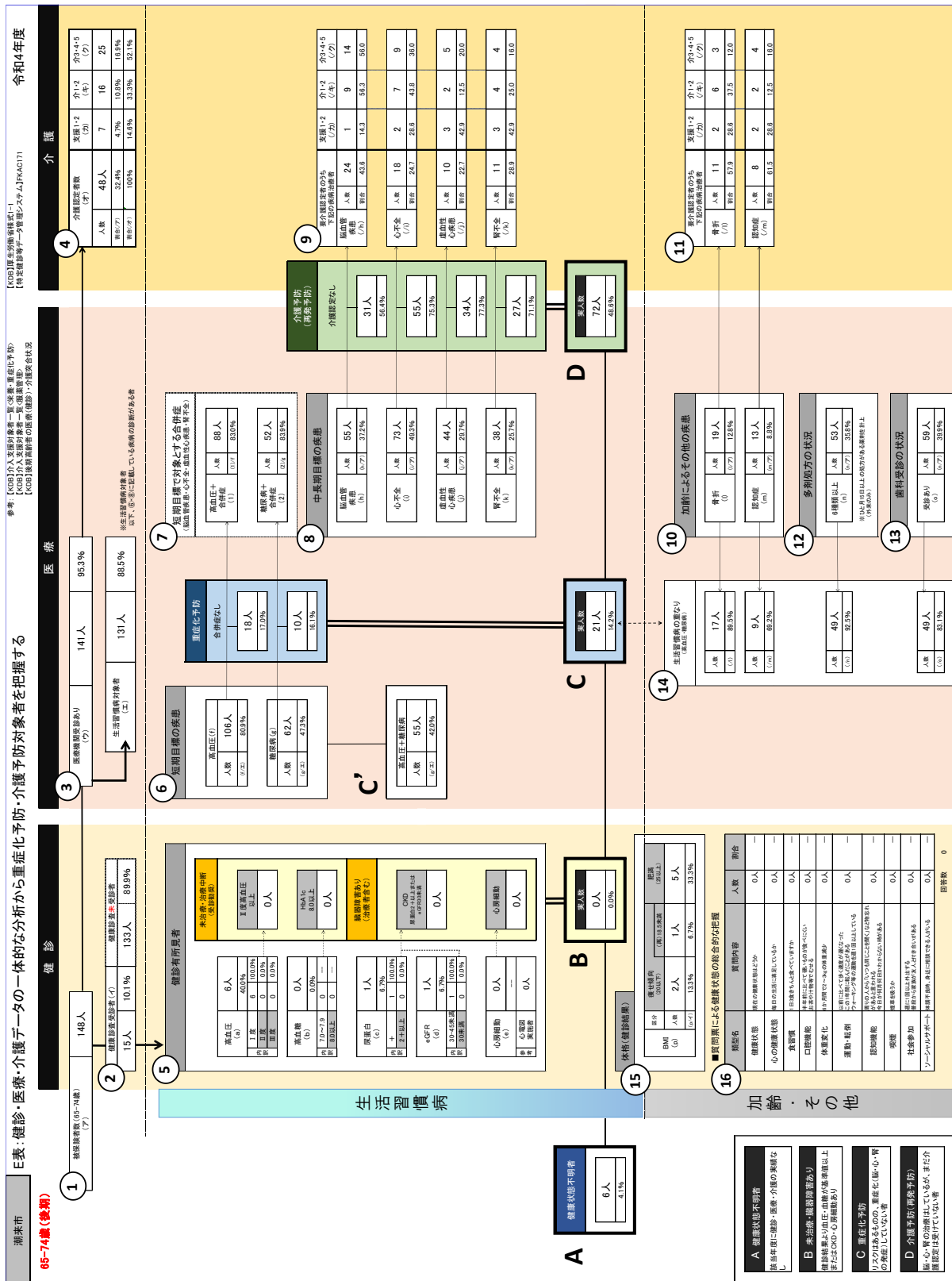
様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた潮来市の位置										R04年度		
項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口		27,353		9,014,657		2,811,813		123,214,261	KDB_NO.5 人口の状況 KDB_NO.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		65歳以上(高齢化率)		9,078	33.2	3,263,279	36.2	839,907	29.9	35,335,805		28.7
		75歳以上		4,378	16.0	--	--	414,655	14.7	18,248,742		14.8
		65~74歳		4,700	17.2	--	--	425,252	15.1	17,087,063		13.9
		40~64歳		9,167	33.5	--	--	948,543	33.7	41,545,893		33.7
	39歳以下		9,108	33.3	--	--	1,023,363	36.4	46,332,563	37.6		
	② 産業構成	第1次産業		3.9		10.7		5.9		4.0	KDB_NO.3	
		第2次産業		30.9		27.3		29.8		25.0	健診・医療・介護データからみる地域の健康課題	
		第3次産業		65.2		62.0		64.4		71.0		
	③ 平均寿命	男性		79.7		80.4		80.3		80.8	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
		女性		86.3		86.9		86.3		87.0		
	④ 平均自立期間 (要介護2以上)	男性		79.5		79.7		79.6		80.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握	
女性		84.0		84.3		83.8		84.4				
2	① 死亡の状況	標準化死亡率比(SMR)		男性		110.7		103.4		100		
				女性		107.5		101.4		100		
		死因	がん		87	46.8	34,996	47.8	8,934	49.2	378,272	50.6
			心臓病		53	28.5	21,437	29.3	4,868	26.8	205,485	27.5
			脳疾患		29	15.6	10,886	14.9	2,942	16.2	102,900	13.8
			糖尿病		6	3.2	1,391	1.9	367	2.0	13,896	1.9
			腎不全		7	3.8	2,819	3.9	556	3.1	26,946	3.6
			自殺		4	2.2	1,654	2.3	488	2.7	20,171	2.7
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計									厚労省HP 人口動態調査	
		男性										
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		1,357	14.9	618,461	19.1	136,648	16.3	6,705,390	19.4	
		新規認定者		23	0.3	9,054	0.3	2,252	0.3	97,010	0.3	
		介護度別 総件数	要支援1.2		3,044	11.5	1,818,246	14.3	294,854	10.2	19,947,863	12.9
			要介護1.2		13,154	49.7	5,985,760	47.0	1,431,633	49.4	71,557,272	46.3
	要介護3以上		10,275	38.8	4,936,311	38.7	1,169,503	40.4	63,129,222	40.8		
	2号認定者		40	0.44	10,760	0.37	3,726	0.39	155,709	0.38		
	② 有病状況	糖尿病		266	19.2	146,825	23.8	31,935	23.1	1,630,799	24.2	
		高血圧症		714	53.4	337,128	54.7	71,133	51.9	3,584,707	53.2	
		脂質異常症		369	26.9	192,975	31.1	39,943	28.9	2,194,035	32.5	
		心臓病		783	58.7	380,614	61.8	79,426	57.9	4,051,848	60.2	
		脳疾患		264	20.4	144,504	23.8	30,891	22.8	1,498,592	22.6	
		がん		120	9.7	69,900	11.4	14,756	10.7	784,700	11.8	
		筋・骨格		661	48.3	335,486	54.4	69,447	50.5	3,596,968	53.3	
		精神		421	31.2	237,099	38.5	46,069	33.6	2,472,603	36.8	
	③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		194,838	1,768,736,230	274,603	896,105,995,511	232,974	195,676,165,991	265,628	9,206,403,782,714	
		1件当たり給付費(全体)		66,813		70,336		67,568		59,537		
居宅サービス		37,976		43,814		41,975		41,165				
施設サービス		283,445		291,438		288,186		295,813				
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり		8,101		8,989		8,562			
			認定なし		4,343		4,264		4,026			
4	① 国保の状況	被保険者数		6,826		2,024,825		618,205		24,687,234		
		65~74歳		3,152	46.2			278,703	45.1	10,867,897	44.0	
		40~64歳		2,182	32.0			194,299	31.4	7,918,469	32.1	
		39歳以下		1,492	21.9			145,203	23.5	5,900,868	23.9	
	加入率		25.0		22.5		22.0		20.0			
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		0	0.0	873	0.4	173	0.3	8,237	0.3	
		診療所数		12	1.8	7,141	3.5	1,743	2.8	102,599	4.2	
		病床数		0	0.0	136,833	67.6	30,700	49.7	1,507,471	61.1	
		医師数		12	1.8	19,511	9.6	5,838	9.4	339,611	13.8	
		外来患者数		651.1		725.1		653.1		706.0		
		入院患者数		17.3		23.5		15.7		18.7		
	③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		291,611		358,849		287,108		326,459		
受診率		668.372		748.595		668.766		724.699				
外 来		費用の割合		60.9		56.8		63.1		59.9		
		件数の割合		97.4		96.9		97.7		97.4		
入 院		費用の割合		39.1		43.2		36.9		40.1		
		件数の割合		2.6		3.1		2.3		2.6		
1件あたり在院日数		16.3日		17.1日		15.4日		16.0日				

4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合	最大医療資源傷病名 (該当含む)	がん	415,444,330	37.4	31.3	33.1	31.9	KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題				
				慢性腎不全(透析あり)	41,603,110	3.7	7.5	5.4	8.4					
				糖尿病	123,364,270	11.1	10.8	12.4	10.4					
				高血圧症	81,088,900	7.3	6.3	6.9	5.9					
				脂質異常症	45,773,550	4.1	3.8	4.2	4.0					
				脳梗塞・脳出血	41,099,890	3.7	3.9	3.9	4.0					
				狭心症・心筋梗塞	31,818,450	2.8	2.6	2.7	2.8					
	精神	165,193,450	14.9	16.2	13.5	15.0								
	筋・骨格	158,351,190	14.3	16.7	17.2	16.6								
	⑤	一人当たり医療費 /入院医療費 に占める割合	入院	高血圧症	266	0.2	343	0.2	203	0.2	KDB_NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)			
				糖尿病	659	0.6	1,386	0.9	824	0.8		1,117	0.9	
				脂質異常症	--	--	83	0.1	27	0.0		51	0.0	
				脳梗塞・脳出血	5,094	4.5	6,500	4.2	4,853	4.6		5,888	4.5	
				虚血性心疾患	3,427	3.0	3,988	2.6	3,130	3.0		3,823	2.9	
				腎不全	1,945	1.7	4,379	2.8	2,009	1.9		4,010	3.1	
		一人当たり医療費 /外来医療費 に占める割合	外来	高血圧症	11,613	6.5	11,869	5.8	10,233	5.6		9,782	5.0	
				糖尿病	17,584	9.9	20,105	9.9	18,384	10.1		17,203	8.8	
				脂質異常症	6,705	3.8	7,275	3.6	6,319	3.5		6,869	3.5	
				脳梗塞・脳出血	922	0.5	965	0.5	853	0.5		808	0.4	
虚血性心疾患				2,598	1.5	1,804	0.9	1,621	0.9	1,671		0.9		
腎不全				8,608	4.8	16,883	8.3	9,657	5.3	15,590		8.0		
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,675		2,308		1,682		KDB_NO.3 健診・医療・介護デー タからみる地域の健康課題				
			健診未受診者	12,994		14,032		12,750			13,800			
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	4,941		6,466		5,154			5,417			
			健診未受診者	38,325		39,314		39,066			40,898			
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	879	57.4	329,529	57.3	84,954	57.8	3,192,667	56.8				
		医療機関受診率	758	49.5	296,228	51.5	76,220	51.9	2,917,720	51.9				
		医療機関非受診率	121	7.9	33,301	5.8	8,734	5.9	274,947	4.9				
5	特定健診の 状況	県内市町村数 46市町村 同規模市区町村数 280市町村	健診受診者	1,532		575,413		146,882		5,624,788				
				受診率	31.4		38.5		33.9		32.9			
			③	特定保健指導終了者(実施率)	10	4.9	7515	11.6	2,807	14.2	44,130	7.0		
			④	非肥満高血糖	162	10.6	60,768	10.6	20,660	14.1	523,242	9.3		
			⑤	メタボ	該当者	295	19.3	121,510	21.1	29,993	20.4	1,157,674	20.6	
					男性	215	31.3	84,065	32.5	21,245	32.5	797,941	32.8	
					女性	80	9.5	37,445	11.8	8,748	10.7	359,733	11.3	
					予備群	166	10.8	62,227	10.8	14,886	10.1	622,684	11.1	
			⑥	メタボ 該当・ 予備群 レベル	男性	124	18.1	43,614	16.9	10,748	16.4	431,848	17.8	
					女性	42	5.0	18,613	5.9	4,138	5.1	190,836	6.0	
					総数	509	33.2	200,855	34.9	49,424	33.6	1,960,813	34.9	
					女性	134	15.8	61,508	19.4	14,145	17.4	608,837	19.1	
			⑦-⑱	メタボ 該当・ 予備群 レベル	BMI	総数	80	5.2	30,066	5.2	7,741	5.3	260,817	4.6
						男性	18	2.6	4,693	1.8	1,098	1.7	37,852	1.6
						女性	62	7.3	25,373	8.0	6,643	8.2	222,965	7.0
						血糖のみ	9	0.6	3,825	0.7	1,285	0.9	35,229	0.6
						血圧のみ	113	7.4	44,523	7.7	9,869	6.7	439,511	7.8
						脂質のみ	44	2.9	13,879	2.4	3,732	2.5	147,944	2.6
						血糖・血圧	46	3.0	18,848	3.3	5,147	3.5	167,314	3.0
血糖・脂質	22	1.4				6,284	1.1	1,955	1.3	58,683	1.0			
血圧・脂質	114	7.4				55,574	9.7	12,088	8.2	551,923	9.8			
血糖・血圧・脂質	113	7.4				40,804	7.1	10,803	7.4	379,754	6.8			
①	問診の状況	服薬				高血圧	534	34.9	224,439	39.0	50,081	34.1	2,077,786	36.9
						糖尿病	128	8.4	56,498	9.8	12,143	8.3	503,997	9.0
②	既往歴	脂質異常症				脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	34	2.2	18,183	3.2	3,750	2.6	179,275	3.3
						心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	97	6.3	33,137	5.9	9,149	6.3	313,823	5.7
6	生活習慣の 状況	既往歴				腎不全	5	0.3	5,044	0.9	644	0.4	46,408	0.8
			貧血	92	6.0	55,871	10.0	13,588	9.3	585,954	10.7			
			③	喫煙	203	13.3	73,880	12.8	18,109	12.3	716,361	12.7		
			④	週3回以上朝食を抜く	174	11.4	42,292	7.8	9,642	8.4	485,211	9.4		
			⑤	週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
			⑥	週3回以上就寝前夕食	308	20.4	81,586	14.9	20,108	17.5	751,728	14.6		
			⑦	週3回以上就寝前夕食	308	20.4	81,586	14.9	20,108	17.5	751,728	14.6		
			⑧	食べる速度が速い	415	27.1	146,229	26.8	29,085	25.3	1,352,293	26.4		
			⑨	20歳時体重から10kg以上増加	561	36.6	188,905	34.6	41,417	36.1	1,776,520	34.4		
			⑩	1回30分以上運動習慣なし	898	59.1	341,655	62.6	59,468	57.3	3,040,787	59.0		
			⑪	1日1時間以上運動なし	690	45.1	258,549	47.1	53,601	46.7	2,442,320	47.3		
			⑫	睡眠不足	348	22.7	137,172	25.1	27,555	24.0	1,283,357	24.9		
			⑬	毎日飲酒	370	24.2	141,428	25.4	35,544	24.4	1,324,410	24.6		
			⑭	時々飲酒	280	18.3	114,072	20.5	27,996	19.2	1,191,404	22.1		
⑭	一日 飲酒 量	1合未満	190	41.1	225,984	62.9	32,252	53.3	2,506,288	65.7				
		1～2合	169	36.6	90,401	25.2	18,200	30.1	879,895	23.1				
		2～3合	77	16.7	34,174	9.5	8,220	13.6	335,087	8.8				
		3合以上	26	5.6	8,867	2.5	1,791	3.0	93,916	2.5				

② 65～74歳(国保)



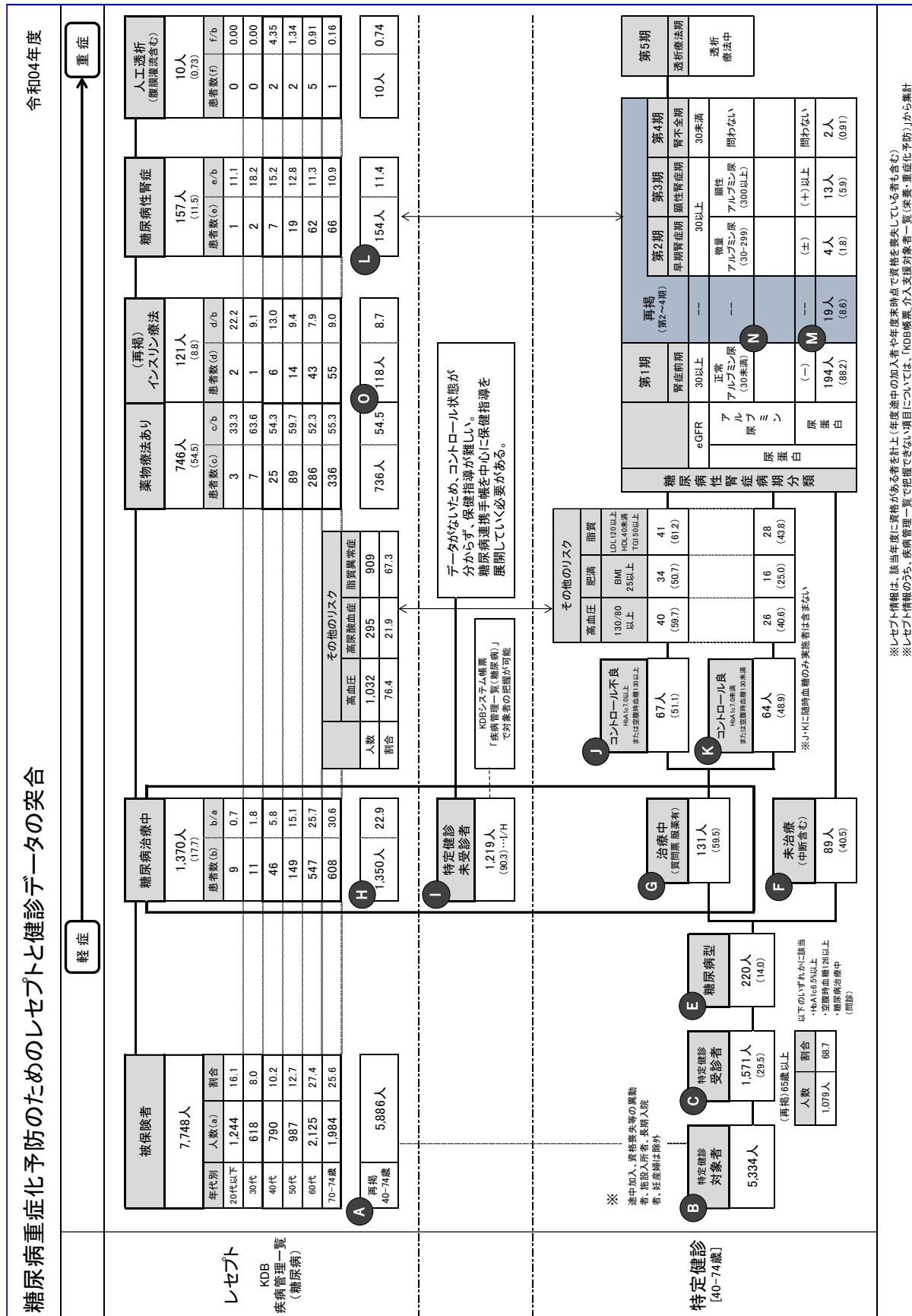
③ 65～74歳(後期)



参考資料3 様式5-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価

項目		突合表	潮来市										同規模保険者(平均)										
			H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度										
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合									
1	① 被保険者数	A	8,330人		7,989人		7,685人		7,531人		7,175人												
	② (再掲)40-74歳		6,266人		6,064人		5,908人		5,866人		5,621人												
2	① 特定健診 対象者数	B	5,598人		5,469人		5,366人		5,144人														
	② 受診者数	C	2,217人		2,233人		1,237人		1,551人		1,582人												
	③ 受診率		39.6%		40.8%		23.1%		30.2%		---												
3	① 特定保健指導 対象者数		311人		321人		186人		206人														
	② 実施率		75.2%		59.5%		44.1%		56.8%														
4	健診データ	① 糖尿病型	E	283人	12.3%	288人	12.4%	158人	12.3%	189人	11.8%	216人	13.7%										
		② 未治療・中断者(質問票 服薬なし)	F	109人	38.5%	96人	33.3%	60人	38.0%	64人	33.9%	86人	39.8%										
		③ 治療中(質問票 服薬あり)	G	174人	61.5%	192人	66.7%	98人	62.0%	125人	66.1%	130人	60.2%										
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹時血糖130以上	J	94人		54.0%		91人		47.4%		47人		48.0%		64人		51.2%		66人		50.8%	
		⑤ 血圧 130/80以上		53人		56.4%		59人		64.8%		27人		57.4%		45人		70.3%		41人		62.1%	
		⑥ 肥満 BMI25以上		37人		39.4%		38人		41.8%		24人		51.1%		30人		46.9%		35人		53.0%	
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満	K	80人		46.0%		101人		52.6%		51人		52.0%		61人		48.8%		64人		49.2%	
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	243人		85.9%		243人		84.4%		135人		85.4%		166人		87.8%		197人		91.2%	
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		12人		4.2%		17人		5.9%		7人		4.4%		8人		4.2%		5人		2.3%	
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)		24人		8.5%		25人		8.7%		11人		7.0%		13人		6.9%		13人		6.0%	
		⑪ 第4期 eGFR30未満		3人		1.1%		2人		0.7%		2人		1.3%		2人		1.1%		1人		0.5%	
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者千対)		106.6人		103.4人		93.7人		105.8人		103.0人											
		② (再掲)40-74歳(被保険者千対)		139.6人		134.1人		120.5人		134.7人		130.8人											
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は糖尿病あり		5,148件 (850.3)		5,032件 (855.6)		4,683件 (805.9)		4,806件 (854.9)		4,203件 (788.0)		1,429,257件 (869.1)									
		④ 入院外(件数) 入院(件数)		24件 (4.0)		14件 (2.4)		10件 (1.7)		20件 (3.6)		12件 (2.2)		6,744件 (4.1)									
		⑤ 糖尿病治療中	H	888人		10.7%		826人		10.3%		720人		9.4%		797人		10.6%		739人		10.3%	
		⑥ (再掲)40-74歳		875人		14.0%		813人		13.4%		712人		12.1%		790人		13.5%		735人		13.1%	
		⑦ 健診未受診者	I	701人		80.1%		639人		78.6%		614人		86.2%		665人		84.2%		605人		82.3%	
		⑧ インスリン治療	O	63人		7.1%		58人		7.0%		48人		6.7%		57人		7.2%		43人		5.8%	
		⑨ (再掲)40-74歳		61人		7.0%		56人		6.9%		48人		6.7%		57人		7.2%		43人		5.9%	
		⑩ 糖尿病性腎症	L	74人		8.3%		81人		9.8%		60人		8.3%		78人		9.8%		76人		10.3%	
		⑪ (再掲)40-74歳		72人		8.2%		79人		9.7%		60人		8.4%		77人		9.7%		76人		10.3%	
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		8人		0.9%		8人		1.0%		7人		1.0%		8人		1.0%		5人		0.7%	
		⑬ (再掲)40-74歳		8人		0.9%		7人		0.9%		7人		1.0%		8人		1.0%		5人		0.7%	
		⑭ 新規透析患者数		6人		4人		2人		3人		2人											
		⑮ (再掲)糖尿病性腎症		3人		2人		1人		3人		2人											
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		26人		2.9%		27人		2.9%		28人		3.3%		31人		3.4%		31人		3.2%	
6	医療費	① 総医療費		23億5216万円		22億2831万円		20億7830万円		22億4344万円		19億9054万円		25億9502万円									
		② 生活習慣病総医療費		12億4248万円		11億9725万円		11億4021万円		12億0268万円		11億0974万円		14億0197万円									
		③ (総医療費に占める割合)		52.8%		53.7%		54.9%		53.6%		55.8%		54.0%									
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり		5,198円		6,196円		2,888円		4,392円		4,941円		6,466円									
		⑤ 健診未受診者		31,788円		32,198円		35,814円		36,493円		38,325円		39,314円									
		⑥ 糖尿病医療費		1億5655万円		1億5306万円		1億4353万円		1億4668万円		1億2336万円		1億5184万円									
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		12.6%		12.8%		12.6%		12.2%		11.1%		10.8%									
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		3億6020万円		3億7141万円		3億7748万円		4億1932万円		3億3919万円											
		⑨ 1件あたり		32,677円		34,776円		37,404円		39,833円		37,114円											
		⑩ 糖尿病入院総医療費		2億8456万円		2億4450万円		2億4637万円		2億6836万円		2億1307万円											
		⑪ 1件あたり		614,606円		608,219円		623,733円		664,314円		636,021円											
		⑫ 在院日数		16日		17日		18日		17日		17日											
		⑬ 慢性腎不全医療費		9267万円		8113万円		5776万円		5293万円		4519万円		1億1322万円									
		⑭ 透析有り		8477万円		6869万円		5272万円		4827万円		4160万円		1億0535万円									
		⑮ 透析なし		790万円		1244万円		504万円		465万円		358万円		787万円									
7	介護	① 介護給付費		18億0556万円		18億8269万円		18億7448万円		18億7983万円		17億6874万円		32億0038万円									
		② (2号認定者)糖尿病合併症		3件 12.0%		3件 13.6%		4件 20.0%		4件 20.0%		0件 0.0%											
8	① 死亡		7人 2.2%		6人 1.9%		11人 3.5%		7人 2.2%		6人 1.8%		2,819人 1.0%										

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



重症

重症 10人 (0.7%)

その他のリスク

項目	人数	割合
高血圧	1,032	76.4
高尿酸血症	295	21.9
脂質異常症	909	67.3

特定健診 未受診者 (90.3)~1/4

データがないため、コントロール状態が分からず、保健指導が難しい。糖尿病連携手帳を中心に保健指導を展開していく必要がある。

特定健診 対象者 (再掲) 65歳以上

特定健診対象者 5,334人

特定健診受診者 1,571人 (29.5%)

特定健診未受診者 1,219人 (90.3)~1/4

特定健診未受診者 1,219人 (90.3)~1/4

糖尿病性腎症病期分類

病期	患者数	割合
第1期 (腎症前期)	30以上	
第2期 (早期腎症期)	30以上	
第3期 (顕性腎症期)	30以上	
第4期 (腎不全期)	30未満	
第5期 (透析療法中)		

その他のリスク

項目	人数	割合
高血圧	130/80以上	59.7
肥満	BMI 25以上	50.7
脂質	LDL 120以上	41
	HDL 40未満	61.2
	Trig 150以上	61.2
コントロール不良	HbA1c 7.0以上	51.1
	または空腹時血糖 130以上	51.1
コントロール良好	HbA1c 6.5未満	48.9
	または空腹時血糖 120未満	48.9

※J-Kに間隔血糖のみ実施者は含まない

治療中 (腎臓薬服用者)

治療中 (腎臓薬服用者) 131人 (59.5%)

未治療 (中断含む) 89人 (40.5%)

糖尿病性腎症

糖尿病性腎症 220人 (14.0%)

特定健診受診者 1,571人 (29.5%)

特定健診未受診者 1,219人 (90.3)~1/4

特定健診未受診者 1,219人 (90.3)~1/4

重症

重症 10人 (0.7%)

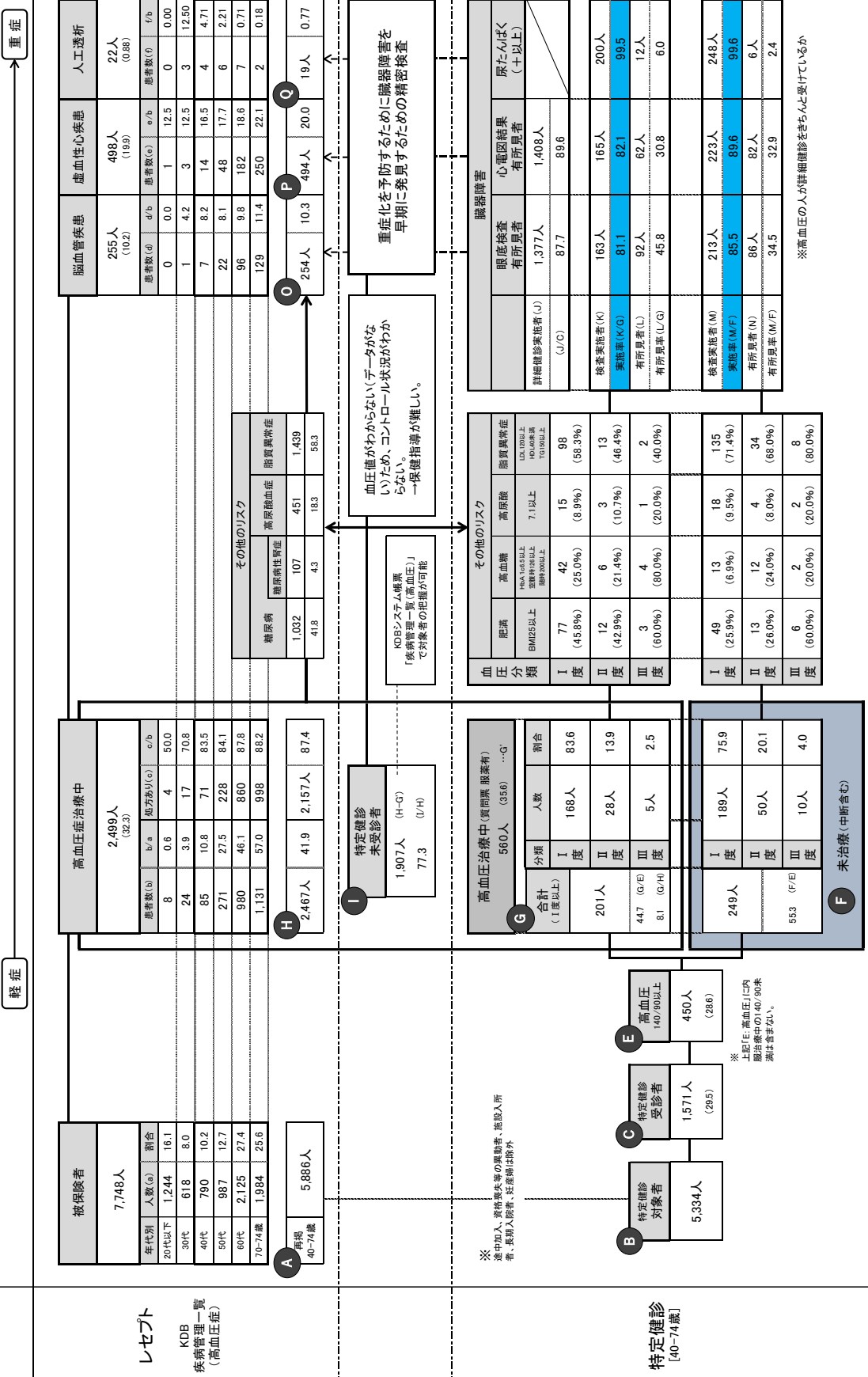
人工透析 (腎臓病透析センター)

人工透析 10人 (0.7%)

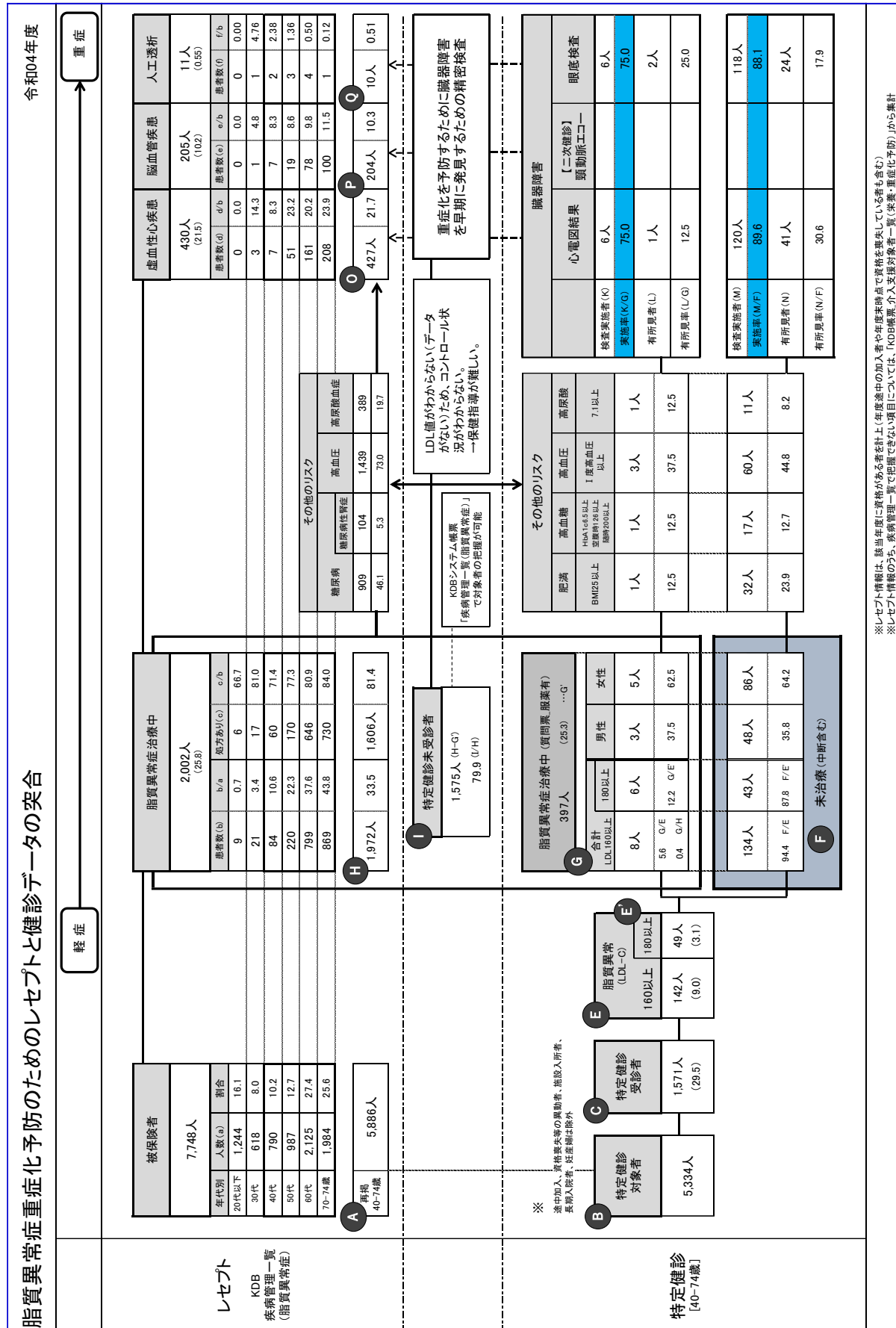
※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を失っている者も含む)
 ※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を失っている者も含む)
 ※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を失っている者も含む)

令和04年度

高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)
 ※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB疾患」加入支援対象者一覧(薬業・重症化予防)から集計

参考資料7 HbA1cの年次比較

HbA1cの年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲			
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病									
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A	
H29	2,479	843	34.0%	1,052	42.4%	336	13.6%	120	4.8%	89	3.6%	39	1.6%	82	3.3%	29	1.2%
H30	2,229	705	31.6%	953	42.8%	346	15.5%	105	4.7%	85	3.8%	35	1.6%	75	3.4%	19	0.9%
R01	2,328	864	37.1%	935	40.2%	314	13.5%	101	4.3%	84	3.6%	30	1.3%	64	2.7%	17	0.7%
R02	1,095	471	43.0%	384	35.1%	143	13.1%	49	4.5%	32	2.9%	16	1.5%	28	2.6%	13	1.2%
R03	1,588	723	45.5%	557	35.1%	170	10.7%	66	4.2%	49	3.1%	23	1.4%	40	2.5%	16	1.0%
R04	1,561	490	31.4%	652	41.8%	248	15.9%	87	5.6%	60	3.8%	24	1.5%	46	2.9%	19	1.2%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c 測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲		10.0%	
					再)7.0以上	未治療	治療	5.2%	10.1%		
											人数
H29	2,479	843	1,052	336	248	10.0%	121	48.8%	127	51.2%	10.0%
					128	5.2%	41	32.0%	87	68.0%	
H30	2,229	705	953	346	225	10.1%	92	40.9%	133	59.1%	10.1%
					120	5.4%	39	32.5%	81	67.5%	
R01	2,328	864	935	314	215	9.2%	81	37.7%	134	62.3%	9.2%
					114	4.9%	39	34.2%	75	65.8%	
R02	1,095	471	384	143	97	8.9%	40	41.2%	57	58.8%	8.9%
					48	4.4%	18	37.5%	30	62.5%	
R03	1,588	723	557	170	138	8.7%	55	39.9%	83	60.1%	8.7%
					72	4.5%	20	27.8%	52	72.2%	
R04	1,561	490	652	248	171	11.0%	77	45.0%	94	55.0%	11.0%
					84	5.4%	24	28.6%	60	71.4%	

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が 否定できない		糖尿病											
				5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防の ための目標		最低限度達成が 望ましい目標						合併症の危険が 更に大きくなる	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	182	7.3%	7	3.8%	10	5.5%	38	20.9%	40	22.0%	58	31.9%	29	15.9%	60	33.0%	20	11.0%
	H30	173	7.8%	2	1.2%	8	4.6%	30	17.3%	52	30.1%	58	33.5%	23	13.3%	55	31.8%	11	6.4%
	R01	193	8.3%	4	2.1%	10	5.2%	45	23.3%	59	30.6%	54	28.0%	21	10.9%	44	22.8%	13	6.7%
	R02	85	7.8%	2	2.4%	9	10.6%	17	20.0%	27	31.8%	21	24.7%	9	10.6%	18	21.2%	7	8.2%
	R03	125	7.9%	4	3.2%	13	10.4%	25	20.0%	31	24.8%	35	28.0%	17	13.6%	32	25.6%	12	9.6%
	R04	131	8.4%	2	1.5%	6	4.6%	29	22.1%	34	26.0%	44	33.6%	16	12.2%	34	26.0%	12	9.2%
治療なし	H29	2,297	92.7%	836	36.4%	1,042	45.4%	298	13.0%	80	3.5%	31	1.3%	10	0.4%	22	1.0%	9	0.4%
	H30	2,056	92.2%	703	34.2%	945	46.0%	316	15.4%	53	2.6%	27	1.3%	12	0.6%	20	1.0%	8	0.4%
	R01	2,135	91.7%	860	40.3%	925	43.3%	269	12.6%	42	2.0%	30	1.4%	9	0.4%	20	0.9%	4	0.2%
	R02	1,010	92.2%	469	46.4%	375	37.1%	126	12.5%	22	2.2%	11	1.1%	7	0.7%	10	1.0%	6	0.6%
	R03	1,463	92.1%	719	49.1%	544	37.2%	145	9.9%	35	2.4%	14	1.0%	6	0.4%	8	0.5%	4	0.3%
R04	1,430	91.6%	488	34.1%	646	45.2%	219	15.3%	53	3.7%	16	1.1%	8	0.6%	12	0.8%	7	0.5%	

参考資料8 血圧の年次比較

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		I度		II度		III度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	2,489	727	29.2%	501	20.1%	703	28.2%	480	19.3%	66	2.7%	12	0.5%
H30	2,235	591	26.4%	457	20.4%	678	30.3%	425	19.0%	75	3.4%	9	0.4%
R01	2,336	584	25.0%	462	19.8%	677	29.0%	518	22.2%	81	3.5%	14	0.6%
R02	1,165	261	22.4%	214	18.4%	348	29.9%	277	23.8%	58	5.0%	7	0.6%
R03	1,621	352	21.7%	335	20.7%	492	30.4%	363	22.4%	66	4.1%	13	0.8%
R04	1,597	376	23.5%	344	21.5%	428	26.8%	356	22.3%	78	4.9%	15	0.9%

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいII度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	I度 高血圧	II度高血圧以上						
					再)III度高血圧	再掲					
						未治療	治療				
H29	2,489	1,228 49.3%	703 28.2%	480 19.3%	78 3.1%	51 65.4%	27 34.6%	3.1%			
					12 0.5%	12 100.0%	0 0.0%	0.5%			
H30	2,235	1,048 46.9%	678 30.3%	425 19.0%	84 3.8%	61 72.6%	23 27.4%	3.8%			
					9 0.4%	5 55.6%	4 44.4%	0.4%			
R01	2,336	1,046 44.8%	677 29.0%	518 22.2%	95 4.1%	68 71.6%	27 28.4%	4.1%			
					14 0.6%	11 78.6%	3 21.4%	0.6%			
R02	1,165	475 40.8%	348 29.9%	277 23.8%	65 5.6%	40 61.5%	25 38.5%	5.6%			
					7 0.6%	6 85.7%	1 14.3%	0.6%			
R03	1,621	687 42.4%	492 30.4%	363 22.4%	79 4.9%	53 67.1%	26 32.9%	4.9%			
					13 0.8%	10 76.9%	3 23.1%	0.8%			
R04	1,597	720 45.1%	428 26.8%	356 22.3%	93 5.8%	60 64.5%	33 35.5%	5.8%			
					15 0.9%	10 66.7%	5 33.3%	0.9%			

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		I度		II度		III度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	786	31.6%	116	14.8%	167	21.2%	281	35.8%	195	24.8%	27	3.4%	0	0.0%
	H30	685	30.6%	97	14.2%	139	20.3%	241	35.2%	185	27.0%	19	2.8%	4	0.6%
	R01	744	31.8%	106	14.2%	138	18.5%	254	34.1%	219	29.4%	24	3.2%	3	0.4%
	R02	390	33.5%	51	13.1%	61	15.6%	138	35.4%	115	29.5%	24	6.2%	1	0.3%
	R03	523	32.3%	46	8.8%	102	19.5%	194	37.1%	155	29.6%	23	4.4%	3	0.6%
	R04	557	34.9%	70	12.6%	127	22.8%	159	28.5%	168	30.2%	28	5.0%	5	0.9%
治療なし	H29	1,703	68.4%	611	35.9%	334	19.6%	422	24.8%	285	16.7%	39	2.3%	12	0.7%
	H30	1,550	69.4%	494	31.9%	318	20.5%	437	28.2%	240	15.5%	56	3.6%	5	0.3%
	R01	1,592	68.2%	478	30.0%	324	20.4%	423	26.6%	299	18.8%	57	3.6%	11	0.7%
	R02	775	66.5%	210	27.1%	153	19.7%	210	27.1%	162	20.9%	34	4.4%	6	0.8%
	R03	1,098	67.7%	306	27.9%	233	21.2%	298	27.1%	208	18.9%	43	3.9%	10	0.9%
	R04	1,040	65.1%	306	29.4%	217	20.9%	269	25.9%	188	18.1%	50	4.8%	10	1.0%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
総数	H29	2,486	1,219	49.0%	652	26.2%	383	15.4%	159	6.4%	73	2.9%
	H30	2,234	1,067	47.8%	555	24.8%	370	16.6%	162	7.3%	80	3.6%
	R01	2,336	1,066	45.6%	607	26.0%	398	17.0%	166	7.1%	99	4.2%
	R02	1,164	542	46.6%	298	25.6%	197	16.9%	88	7.6%	39	3.4%
	R03	1,619	832	51.4%	394	24.3%	248	15.3%	101	6.2%	44	2.7%
R04	1,596	845	52.9%	365	22.9%	244	15.3%	93	5.8%	49	3.1%	
男性	H29	1,176	665	56.5%	270	23.0%	158	13.4%	58	4.9%	25	2.1%
	H30	1,018	545	53.5%	233	22.9%	151	14.8%	55	5.4%	34	3.3%
	R01	1,079	546	50.6%	267	24.7%	176	16.3%	58	5.4%	32	3.0%
	R02	543	269	49.5%	136	25.0%	85	15.7%	38	7.0%	15	2.8%
	R03	728	407	55.9%	155	21.3%	113	15.5%	38	5.2%	15	2.1%
R04	711	418	58.8%	152	21.4%	90	12.7%	31	4.4%	20	2.8%	
女性	H29	1,310	554	42.3%	382	29.2%	225	17.2%	101	7.7%	48	3.7%
	H30	1,216	522	42.9%	322	26.5%	219	18.0%	107	8.8%	46	3.8%
	R01	1,257	520	41.4%	340	27.0%	222	17.7%	108	8.6%	67	5.3%
	R02	621	273	44.0%	162	26.1%	112	18.0%	50	8.1%	24	3.9%
	R03	891	425	47.7%	239	26.8%	135	15.2%	63	7.1%	29	3.3%
R04	885	427	48.2%	213	24.1%	154	17.4%	62	7.0%	29	3.3%	

アウトカム(結果)評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲			
					再)180以上	未治療	治療				
H29	2,486	1,219 49.0%	652 26.2%	383 15.4%	232	205	27	9.3%	88.4%	11.6%	2.9%
					73	62	11				
H30	2,234	1,067 47.8%	555 24.8%	370 16.6%	242	221	21	10.8%	91.3%	8.7%	3.6%
					80	74	6				
R01	2,336	1,066 45.6%	607 26.0%	398 17.0%	265	241	24	11.3%	90.9%	9.1%	4.2%
					99	90	9				
R02	1,164	542 46.6%	298 25.6%	197 16.9%	127	112	15	10.9%	88.2%	11.8%	3.4%
					39	31	8				
R03	1,619	832 51.4%	394 24.3%	248 15.3%	145	129	16	9.0%	89.0%	11.0%	2.7%
					44	40	4				
R04	1,596	845 52.9%	365 22.9%	244 15.3%	142	134	8	8.9%	94.4%	5.6%	3.1%
					49	43	6				

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A		
治療中	H29	508	20.4%	331	65.2%	128	25.2%	22	4.3%	16	3.1%	11	2.2%
	H30	489	21.9%	340	69.5%	90	18.4%	38	7.8%	15	3.1%	6	1.2%
	R01	536	22.9%	364	67.9%	99	18.5%	49	9.1%	15	2.8%	9	1.7%
	R02	292	25.1%	202	69.2%	51	17.5%	24	8.2%	7	2.4%	8	2.7%
	R03	377	23.3%	270	71.6%	61	16.2%	30	8.0%	12	3.2%	4	1.1%
R04	395	24.7%	304	77.0%	58	14.7%	25	6.3%	2	0.5%	6	1.5%	
治療なし	H29	1,978	79.6%	888	44.9%	524	26.5%	361	18.3%	143	7.2%	62	3.1%
	H30	1,745	78.1%	727	41.7%	465	26.6%	332	19.0%	147	8.4%	74	4.2%
	R01	1,800	77.1%	702	39.0%	508	28.2%	349	19.4%	151	8.4%	90	5.0%
	R02	872	74.9%	340	39.0%	247	28.3%	173	19.8%	81	9.3%	31	3.6%
	R03	1,242	76.7%	562	45.2%	333	26.8%	218	17.6%	89	7.2%	40	3.2%
R04	1,201	75.3%	541	45.0%	307	25.6%	219	18.2%	91	7.6%	43	3.6%	